E 1742
KAT
R
REFERA
BUCUREȘTI
ОБМЕН - CSERE
VYMENA - WYMIANA
TAUSCH - CMEHA

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN RPR

Országos Műszaki Könyvtár
LIBRONA

1

1956

IANUARIE — MARTIE

EM

COLEGIUL DE REDACŢIE

Redactor responsabil: Prof. dr. ILEA THEODOR
Redactor responsabil adjunct: Conf. dr. PESCARU ALEXANDRU
Secretar de redacţie: Dr. BAD EUGEN

Membri ai Colegiului de redacţie:

Prof. dr. BOLOGA VALERIU (Cluj), dr. BILIC VSEVOLOD, dr. CONSTANTINESCU GHEORGHE, dr COROI VICTOR, prof. dr. DIMITRIU CONSTANTIN, prof. dr. DUNĂREANU HORIA, conf. dr. GHELERTER IULIU, dr. GHERGHIŢOIU MIHAI, prof. dr. GROM LEONIDA, conf. dr. GROSZ GEZA, dr. MATACHE IOAN, dr. MIRCEA MONA, conf. dr. MUREŞAN PETRE, conf. dr. PRODAN ION (Cluj), dr. PIRLOG CONSTANTIN, dr. PRODESCU VICTOR, conf. dr. PRUTEANU PAUL (Iaşi), prof. dr. SOLOMON LEON, dr. ŞTEFĂNESCU LEON, dr. VILCOCI ELENA, dr. WASSERMAN GHEORGHE, conf. dr. ZAHARIADE GHEORGHE.

Könyvtár TULAJDONA

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII IN R. P. R.

ORGAN AL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

Redacția și administrația: Str. Aristide Briand nr. 7 — telefon: 3.61.06

Anul VI ianuarie 1 martie 1956

SUMAR

Pag.

ORGANIZAREA SANITARĂ

Conf. G. GROSZ, conf. A. KELEMEN, dr. B. MARCOVICI, dr. E. MATEESCU, dr. M. MIRCEA, dr. C. PÎRLOG și dr. I. STRUL: Studiu preliminar privind îmbunătățirea organizării și funcționării spitalelor clinice 3

Conf. ANDREI KELEMEN: Probleme de organizare a activității științifice în institutele de învățământ medical 19

Dr. GH. BUNGEȚIANU, dr. VENSON PETROVICI, dr. O. SUTEU: Rezultatele internării în preventoriile de post-cură asupra copiilor convalescenți de tuberculoză 34

STATISTICĂ MEDICO-SANITARĂ

Prof. dr. TEODOR ILEA, dr. EUGEN BAD, dr. M. OLTEANU și MIRCEA VOICULESCU: Despre îmbunătățirea sistemului de evidență la nivelul circumscripției medico-sanitare rurale 39

Dr. ION LĂPUȘAN: Clasificația (codul) bolilor în studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă 53

ADRIANA DUMITRESCU: Metodologia științifică a cercetării statistice în domeniul medico-sanitar 72

ISTORIA MEDICINEI

Dr. GHEORGHE BRĂTESCU și conf. GEZA GROSZ: Tradiții democrate și revoluționare ale medicinei române 82

Sumarul și indexul revistei „Ocrotirea Sănătății în R.P.R." pe anul 1955 94

EDITURA MEDICALĂ

СОДЕРЖАНИЕ

СТР.

САНИТАРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

Г. ГРОС, А. КЕЛЕМЕН, Б. МАРКОВИЧ, Е. МАТЕЕСКУ, М. МИРЧЕА, К. ПЫРЛОГ, И. СТРУЛ — Предварительные исследования в связи с улучшением организации и функционирования клинических больниц 3

А. КЕЛЕМЕН — Вопросы организации научной работы в медицинских институтах 19

Г. БУНЖЕЦЕАНУ, В. ПЕТРОВИЧ, О. СУТЕУ — Результаты госпитализации в профилакториях для дополнительного лечения детей, выздоравливаюших после тубуркулеза . . . 34

МЕДИКО-САНИТАРНАЯ СТАТИСТИКА

Т. ИЛЕА, Е. БАД, М. ОЛТЕАНУ и М. ВОЙКУЛЕСКУ — Об улучшчнии системы учета в сельских врачебных участках 39

И. ЛАПУШАН — Классификация болезней (кодекс) при изучении заболеваемости с временной потерей работоспособности 53

А. ДУМИТРЕСКУ — Научная методнка статистическнх нсследований в медико-санитарной области 72

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Г. БРАШЕСКУ и Г. ГРОСЗ — Демократические и революционные традиции румынской медицины 82

Содержание № журнала „Здравоохранение в Р.Н.Р." за 1955 г. 94

*Studiu preliminar privind îmbunătăţirea organizării şi funcţionării spitalelor clinice**

Conf. G. Grosz, conf. A. Kelemen, dr. B. Marcovici, dr. E. Mateescu, Dr. M. Mircea, dr. C. Pîrlog şi dr. I. Strul

In cadrul reformei unificării, care a avut loc în R.P.R. în anul 1951, au fost unificate cu instituţiile de asistenţă ambulatorie şi spitalele din oraşele universitare, care pînă la acea dată au funcţionat sub formă de clinici universitare. Aplicarea unificării şi trecerea clinicilor universitare sub conducerea secţiilor sanitare ale sfaturilor populare locale a suscitat la timpul său multe discuţii şi constituie şi astăzi una din problemele care stau în atenţia Ministerului Sănătăţii.

Este de netăgăduit că unificarea a creat şi în spitalele clinice premisele aplicării concepţiei curativo-profilactice în asistenţa medicală a populaţiei după principiul organizatoric al deservirii populaţiei pe circumscripţii teritoriale şi de atelier. În acelaşi timp a început recalificarea în masă a medicilor, care înainte de reforma unificării au lucrat exclusiv în instituţiile de asistenţă ambulatorie sau în posturi de medici de circumscripţie urbană.

În acest fel s-a putut realiza deservirea medicală specializată a populaţiei orăşeneşti la un nivel satisfăcător pentru acea etapă, făcînd-o accesibilă pentru masele mari ale oamenilor muncii.

Gospodărirea spitalelor clinice de către sfaturile populare locale a dat posibilitatea ca prin folosirea resurselor locale, vechile unităţi să fie reparate şi capacitatea lor de spitalizare să fie mărită. Concomitent s-a mărit şi numărul instituţiilor medico-sanitare, prin atribuirea unui număr considerabil de imobile sectorului sanitar şi amenajarea lor corespunzătoare.

In acelaşi timp, din bugetul I.M.F. au fost realizate alte îmbunătăţiri în spitalele clinice. Prin normarea cadrelor didactice şi a cadrelor din reţeaua sanitară, precum şi prin precizarea sarcinilor ce revin acestor cadre în procesul de învăţămînt clinic şi în asistenţa medicală propriu-zisă a populaţiei prin regulamente şi ordine ministeriale s-a căutat întărirea disciplinei şi îmbunătăţirea funcţionării acestor unităţi cu sarcini complete.

---

* Lucrare efectuată de un colectiv compus din colaboratorii Institutului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei ai Catedrelor de organizare sanitară a I.M.F. şi I.P.S.M. Bucureşti, Institutului de pediatrie, Centrului de obstetrică ginecologie şi ai Secţiei sanitare a Capitalei.

Cu toate succesele obținute în asistența medicală a populației prin spitalele clinice unificate și în pregătirea profesională a viitoarelor cadre medicale, precum și a medicilor, a devenit tot mai limpede că, fără a înlătura unele obstacole mari din calea progresului continuu al acestor instituții, activitatea lor nu se poate ridica la nivelul cerut în etapa actuală. Exigențele populației cresc necontenit și în mod justificat față de calitatea asistenței medicale, față de nivelul de pregătire a cadrelor, de înzestrarea spitalelor clinice cu aparatura și instrumentarul de investigație și de tratament și, îndeosebi față de ambianța din aceste instituții. Acest fenomen este urmarea firească a creșterii nivelului de trai material și cultural al maselor populare, urmărit consecvent de regimul democrat popular din țara noastră. Se impune deci revizuirea sistemului organizatoric al spitalelor clinice, în vederea elaborării unui cadru mai corespunzător, care să asigure atît îmbunătățirea deservirii medicale a populației, cît și ridicarea nivelului învățămîntului medical.

I

Urmărind ca obiectiv principal îmbunătățirea asistenței medicale curativo-profilactice și a procesului de învățămînt clinic, am studiat în orașele Cluj, Iași, Tg. Mureș și Timișoara problemele legate de obiectivul enunțat.

O primă constatare care s-a desprins din studiul nostru este aceea că spitalele clinice din orașele studiate sînt de fapt simple spitale orășenești unificate. Ele nu se deosebesc de alte instituții spitalicești nici din punct de vedere organizatoric, nici sub raportul bazei materiale, ci doar prin fapul că ele servesc ca bază de învățămînt pentru institutele de învățămînt superior din localitate.

Aceste spitale deservesc nu numai populația orașului și a regiunii, ci acordă asistența de specialitate unui număr considerabil de bolnavi din regiunile limitrofe și chiar mai îndepărtate ale țării.

Or, în principiu spitalul clinic este o instituție specială în care se împletesc armonios trei sarcini inseparabile: asistența medicală teritorializată a populației și a unor bolnavi extrateritoriali, care prezintă interes didactico-științific, activitatea didactico-clinică, precum și munca de cercetare științifică. Pentru îndeplinirea acestor sarcini complexe, spitalul clinic trebuie să aibă însă o formă organizatorică corespunzătoare, uneori chiar diferită de cadrul organizatoric în care funcționează alte spitale unificate.

Pe baza studiului nostru, am ajuns la concluzia că greutățile și deficiențele constatate în funcționarea spitalelor clinice din orașele studiate, atît în privința asistenței medicale a populației, cît și din punct de vedere al procesului de învățămînt clinic, se datoresc mai multor cauze. Am încercat să grupăm aceste cauze în patru categorii mari, care se leagă unele de altele și au desigur o greutate specifică diferită în producerea anumitor deficiențe funcționale. Astfel, deosebim: cauzele legate de baza materială necorespunzătoare, de deficiențe organizatorice, de unele concepții nejuste ale unor cadre etc.

Greutăţile datorite bazei materiale necorespunzătoare sînt multiple. Astfel, unele instituţii de asistenţă ambulatorie şi chiar unele staţionare funcţionează în localuri care nu corespund sarcinilor speciale ale acestor instituţii.

In privinţa dotării spitalelor clinice cu aparatură şi obiecte de inventar, se constată încă o serie de lipsuri, pentru că aceste instituţii nu s-au bucurat de un regim preferenţial, justificat prin multiplele sarcini care stau în faţa lor. Nici baremurile acestor spitale unificate, nici schemele de cadre medicale, nici normarea lor cu personal mediu şi de îngrijire, nu reflectă suficientă înţelegere pentru aceste instituţii cu sarcini speciale.

La greutăţile de ordin material se adaugă altele, care s-au ivit în urma deficienţelor organizatorice şi a concepţiei nejuste a unor cadre.

Unele din aceste greutăţi se datorează felului mecanic în care a fost aplicată reforma unificării în oraşele universitare, fără o suficientă pregătire sau experimentare prealabilă a unor variante organizatorice care să aibă în vedere specificul local. Aceste deficienţe nu au putut fi complet lichidate în unele locuri, nici pînă în prezent.

O serie de greutăţi şi deficienţe organizatorice sînt legate de graficul de muncă actual al medicilor consultanţi din spitalele clinice, altele sînt independente de acest grafic şi se datorează altor cauze. Nu este în intenţia noastră să analizăm greutăţile legate de graficul de muncă bifazic sau trifazic ; acestea au fost expuse cu altă ocazie [1]. Ne vom mărgini numai la unele aspecte caracteristice spitalelor clinice.

Din cauza graficului de muncă actual, în staţionarul spitalelor clinice se produce o aglomeraţie de medici în primele ore de dimineaţă, îngreunînd astfel procesul de învăţămînt clinic.

Toţi medicii consultanţi părăsind la ora 11 staţionarul, îngrijirea bolnavilor rămîne în sarcina medicilor consultanţi principali şi a asistenţilor, care, în acest fel au un motiv real pentru justificarea neparticipării lor la îndrumarea asistenţei medicale ambulatorii a populaţiei, precum şi a stagiului în policlinică.

Graficul de muncă actual nu permite începerea consultaţiilor în policlinică înainte de ora 11 şi deci îngreunează şi organizarea corectă a stagiului policlinic al studenţilor.

La aceste deficienţe de ordin general se mai adaugă altele cu caracter local. Astfel, de pildă, la Cluj şi la Iaşi nu s-a ţinut seama de necesitatea înfiinţării unor puncte de consultaţii înaintate pentru îmbunătăţirea accesibilităţii asistenţei medicale, la Timişoara consultaţiile de boli interne au fost comasate pentru cîte două circumscripţii la Policlinica nr. 1, iar la Policlinica de adulţi nr. 2 din Tg. Mureş, nu funcţionează nici un cabinet de oto-rino-laringologie sau de oftalmologie. La policlinica de copii din Timişoara, care deserveşte mai multe circumscripţii, consultaţiile sînt asigurate numai de două cadre medicale cu cîte o jumătate de normă şi un medic de gardă tot cu o jumătate de normă, ceea ce duce implicit

---

[1] **Conf. G. Grosz, B. Tîrnăveanu** şi **R. Rusu** — Primele rezultate ale experimentării sistemului ciclic de muncă al medicilor consultanţi din spitalul unificat. **Ocr. Sănăt. în R.P.R.**, nr. 2/1955.

la nerespectarea teritorializării şi la cuprinderea insuficientă a problemelor.

Intr-adevăr, la Timişoara, ca şi la Tg. Mureş, în reţeaua de pediatrie nu a fost asigurată suficient supravegherea neîntreruptă a sugarilor, urmărirea copiilor bolnavi la domiciliu şi munca antiepidemică. In aceste oraşe, consultaţiile zilnice date de pediatri nu depăşesc în medie cifra de 10—14 pe o circumscripţie.

In oraşele amintite, nici activitatea de teren a reţelei de obstetrică-ginecologie nu este satisfăcătoare, ceea ce se reflectă prin necuprinderea în asistenţa medicală de specialitate a femeilor salariate din întreprinderile fără medic specialist propriu.

In general, s-a putut constata că în oraşele studiate, nivelul asistenţei medicale în staţionar este ridicat, dar se observă un decalaj pronunţat între preocuparea susţinută a cadrelor pentru îngrijirea bolnavilor în staţionar şi atenţia mai redusă care se acordă asistenţei în policlinică, la locul de muncă şi de trai al populaţiei.

Faptul că dotarea multor policlinici mai are lipsuri, că stagiile de policlinică ale studenţilor sînt încă defectuos organizate în multe policlinici şi că multe cadre didactice şi chiar unii medici consultanţi principali consideră prezenţa medicilor consultanţi în staţionar şi preocuparea pentru calificarea lor permanentă ca un balast, caracterizează concepţia nejustă a unor cadre de răspundere. Aşa se explică şi faptul că la întreprinderi nu se repartizează pretutindeni cadrele cele mai calificate, iar normele acordate întreprinderilor sînt deseori fragmentate în jumătăţi şi ocupate prin cumul. In unele locuri, posturile de medici internişti de întreprindere sînt ocupate de specialişti din alte domenii, ca de pildă de obstetrician-ginecolog la Cluj, anatomopatolog, medic de laborator sau oto-rino-laringologist la Tg. Mureş etc.

Au fost semnalate şi cazuri în care unii profesori au încercat să contribuie la rezolvarea unor probleme sanitare în întreprinderi sau să îndrume sistematic activitatea policlinicii. Ei nu au găsit însă totdeauna înţelegerea necesară din partea conducerii întreprinderii — şi vina o poartă în primul rînd medicul de întreprindere — sau a conducerii policlinicii, care nu s-a străduit să organizeze această muncă în aşa fel, ca ea să contribuie efectiv la ridicarea nivelului asistenţei ambulatorii.

O deficienţă organizatorică importantă constă în lipsa unităţii de conducere la nivelul spitalelor clinice şi a secţiilor de specialitate, care nu a putut fi lichidată pînă în prezent. Spitalele clinice primesc dispoziţii de la mai multe foruri, planul de venituri şi de cheltuieli se întocmeşte pe două linii, iar executarea bugetului se face necoordonat, deşi se face pentru aceeaşi instituţie. Trebuie subliniat şi faptul că în bugetul spitalului clinic pe linie de sfat nu există nici un articol care să prevadă fonduri pentru cercetare ştiinţifică.

Deşi prin Ordinul nr. 822/1954 al ministrului sănătăţii se precizează sarcinile de asistenţă medicală ale corpului didactic, pentru care se acordă o indemnizaţie clinică acestor cadre, totuşi această problemă nu şi-a găsit încă rezolvarea pe deplin.

In privinţa conducerii secţiei, ordinul citat precizează că şeful de

catedră cumulează şi funcţia de şef de secţie. In realitate însă, şeful de catedră nu a devenit pretutindeni în mod efectiv şi şeful secţiei. Sarcinile legate de această funcţie îl sustrag pe profesorul sau conferenţiarul şef de catedră de la preocupările de ordin didactic sau ştiinţific în cazul unor secţii cu paturi numeroase şi astfel mulţi profesori au renunţat bucuros la această funcţie, în dauna unităţii de conducere.

O deficienţă care îngreunează în mod deosebit funcţionarea spitalelor clinice este instabilitatea medicilor care lucrează în aceste instituţii. Lucrînd după graficul de muncă bifazic sau trifazic, locul de muncă principal şi răspunderea medicului consultant nu sînt suficient de bine precizate. Multiplele necesităţi silesc deseori direcţia spitalului clinic să consimtă la detaşarea medicilor consultanţi şi uneori chiar a medicilor consultanţi principali pe diferite perioade de timp în alte munci, care nu au nici o contingenţă cu sarcinile propriu-zise ale spitalului. Numărul medicilor consultanţi care au stat timp îndelungat în aceeaşi circumscripţie este cu totul redus şi astfel dezideratul ca el să devină medicul de familie, nu s-a putut realiza în măsura dorită.

Nici situaţia cadrelor didactice care lucrează în acelaşi spital clinic nu este mult mai favorabilă sub aspectul stabilităţii şi permanenţei la locul lor de muncă. Cauza fluctuaţiei cadrelor didactice rezidă în felul rigid cu care s-a aplicat la noi principiul normării acestor cadre.

Dacă la normarea cadrelor din reţeaua secţiei sanitare, criteriul de bază îl constituia numărul circumscripţiilor orăşeneşti, care reflecta mai just capacitatea de muncă ce-i revenea fiecărui medic consultant, cadrele didactice au fost normate după alte criterii şi în primul rînd după numărul grupelor de studenţi. Acest criteriu are în vedere exclusiv activitatea didactică a asistentului, neţinînd seama de specificul învăţămîntului clinic, care nu poate fi despărţit de munca la patul bolnavului, de îngrijirea medicală propriu-zisă a acestuia.

Fluctuaţiile care au survenit în ultimii ani în privinţa numărului studenţilor, cît şi în planul de învăţămînt, au adus după sine o situaţie nemulţumitoare, care s-a răsfrînt negativ asupra activităţii spitalului clinic, atît în ceea ce priveşte deservirea bolnavilor, cît şi procesul de învăţămînt şi activitatea de cercetare ştiinţifică. Au avut de suferit mai ales acele secţii care adăpostesc discipline pentru care în planul de învăţămînt au fost prevăzute relativ puţine ore şi care, pe deasupra, au trecut de mai multe ori dintr-un an într-altul, ca de pildă ftiziologie, dermatovenerice, neurologie ş.a.

Aceste greutăţi sînt atît de cunoscute, încît nu este cazul să mai insistăm asupra lor. Trebuie însă subliniat faptul că dispoziţiile privitoare la concediul legal al corpului didactic din spitalele clinice, care prevăd obligativitatea executării concediilor în lunile iulie—august, nu ţin nici ele seama de specificul instituţiei în care se desfăşoară învăţămîntul clinic. Or, nu poate fi conceput un spital clinic care să fie lipsit timp de două luni de toate cadrele sale cele mai preţioase sub raportul pregătirii lor profesionale. Nu se poate face abstracţie de faptul că în acest caz suferă simţitor nivelul asistenţei medicale a populaţiei deservite de acest spital.

Dacă unele din aceste greutăţi se pot rezolva prin introducerea unui grafic de muncă mai corespunzător al medicilor consultanţi şi prin alte măsuri de ordin organizatoric, iar scoaterile frecvente din producţie pot fi şi ele rezolvate în mod just de forurile competente, soluţionarea principială a problemei cadrelor în ansamblul ei impune revizuirea întregului sistem de normare. O astfel de revizuire trebuie să pornească de la concepţia că sarcinile complexe ale spitalului clinic sînt inseparabile şi nu pot fi rezolvate decît concomitent, prin îmbinarea lor corespunzătoare.

Trebuie arătată încă o greutate care frînează activitatea spitalului clinic, şi anume: încadrarea şi înzestrarea necorespunzătoare a laboratoarelor din unele dintre aceste instituţii.

Este cunoscut că normativele actuale de personal de laborator stabilite pentru spitale numai în funcţie de numărul paturilor sînt necorespunzătoare pentru spitalele clinice, dat fiind că nu iau în considerare indicele mare de analize de laborator, precum şi exigenţele calitative faţă de aceste analize. Astfel, dintr-un sondaj făcut la unele spitale a reieşit că pe cînd în spitalele neclinice indicele global de analize de laborator pe bolnav variază între 5 şi 8, în spitalele clinice acest indice variază între 8 şi 15. Unele din aceste analize sînt complexe, necesitînd un timp îndelungat pentru executarea lor. De asemenea, aparatura şi instrumentarul de laborator al unui spital clinic sînt mai complexe, ceea ce atrage după sine necesitatea de a avea în acelaşi timp cadre mai numeroase şi mai calificate pentru manipularea lor.

Nici pe linie de învăţămînt nu s-a făcut o normare a cadrelor de laborator din serviciile de radiologie, cardiologie etc., care să reflecte importanţa pentru procesul de învăţămînt şi pentru activitatea de cercetare ştiinţifică a lucrărilor legate de laboratoare. Şefii de laborator din clinici sînt cadre didactice auxiliare, care nu au atribuţia de a se ocupa de studenţi, ci numai de a efectua pregătirile în vederea executării lucrărilor de laborator de către asistenţii care lucrează cu grupele de studenţi.

★

Considerăm că era necesară această analiză — relativ sumară — în care accentul s-a pus pe scoaterea în evidenţă a deficienţelor şi greutăţilor, dar este tot atît de necesară şi schiţarea perspectivelor de dezvoltare a învăţămîntului clinic, care se desfăşoară în spitalele clinice studiate, pentru a putea face unele propuneri de îmbunătăţire a activităţii acestor instituţii.

In cele ce urmează vom arăta situaţia actuală şi perspectivele de dezvoltare a învăţămîntului clinic în următorii 5—10 ani, din care decurg sarcinile privind asigurarea cu baze clinice şi cadre didactice a institutelor din cele patru oraşe studiate.

Pe baza prevederilor de perspectivă ale planului de şcolarizare la Cluj şi la Tg. Mureş, numărul global al studenţilor care vor urma învăţămîntul clinic va fi în creştere pînă în 1959—1960, apoi după o uşoară scădere se va permanentiza în 1961—1962 la nivelul cifrei din 1956—1957. Această cifră va reprezenta o majorare considerabilă faţă de cifra actuală, şi anume de 25% la Cluj şi de circa 15—20% la Tg. Mureş.

La Timişoara şi la Iaşi această creştere a numărului de studenţi va

continua în esenţă pînă în 1961—1962, cînd se va permanentiza la un nivel ce depăşeşte cifra actuală cu circa 50% la Timişoara şi cu 60% la Iaşi.

Avînd perspectiva dinamicii planului de şcolarizare pe următorii 5—10 ani, în urma stabilirii contingentului de studenţi care intră zilnic în clinicile celor patru institute de medicină şi farmacie, am calculat normativele student/pat pentru 1955—1956, 1956—1957 şi 1957—1958 (vezi tabelul 1).

Normativele student/pat pentru anii 1958—1959 şi 1959—1960 sînt egale, la Cluj şi la Tg. Mureş, cu normativele din anul 1957—1958 şi ceva mai reduse decît acestea la Iaşi şi Timişoara.

La I.M.F. din Cluj şi Tg. Mureş normativele student/pat se vor permanentiza în 1961—1962 la nivelul celor din 1956—1957, arătînd o mică îmbunătăţire faţă de anii de vîrf, iar la Iaşi şi Timişoara la nivelul celor din anii de vîrf.

In cursul studiului nostru am elaborat normative medii corespunzătoare de student/pat, pentru fiecare disciplină clinică (vezi tabelul 1).

Aceste normative medii corespunzătoare le-am stabilit pe baza experienţei de pînă acum a desfăşurării învăţămîntului clinic în institutele noastre şi a experienţei acestui învăţămînt în clinicile din Uniunea Sovietică.

Astfel am pornit de la necesitatea ca în anii III, IV şi V să se repar-

Tabelul 1

Normativele student/pat între anii 1955 şi 1958 în clinicile I.M.F. studiate

Clinica	I.M.F. Cluj			I.M.F. Iaşi		
	Raport student/pat în			Raport student/pat în		
	1955/56	1956/57	1957/58	1955/56	1956/57	1957/58
Medicală	1/0,88	1/0,7	1/0,66	1/1,53	1/1,26	1/1,13
Chirurgicală	1/0,88	1/0,69	1/0,66	1/2	1/1,76	1/1,46
Obstetrică-ginecologie .	1/2,8	1/2,27	1/1,89	1/6,4	1/3,8	1/2,7
Pediatrie	1/2,25	1/1,6	1/1,4	1/4	1/2,7	1/2
Contagioase	1/2,4	1/1,8	1/1,6	1/4,6	1/3,4	1/2,76
Neurologie	1/0,9			1/2,75	1/1,8	1/1,8
Psihiatrie	1/5,5			1/31	1/31	1/31
Dermato-venerologie . .	1/4,7			1/4	1/2,7	1/2
Ftiziologie	1/25			1/20	1/10	1/10

Continuarea tabelului 1

I.M.F. Timişoara			I.M F. Tg.Mureş			Raport normativ mediu
Raport student/pat în			Raport student/pat în			corespunzător student/pat
1955/56	1956/57	1957/58	1955/56	1956/57	1957/58	
1/1,03	1/0,8	1/0,75	1/1,07	1/0,9	1/0,8	1/1,5
1/1,18	1/1	1/0,8	1/0,8	1/0,7	1/0,6	1/1,5
1/3	1/2,4	1/2	1/2	1/2,2	1/1,6	1/2
1/5,4	1/3,3	1/3	1/1,9	1/2,34	1/1,7	1/2
1/3	1/2,4	1/2,1	1/3,1	1/2,1	1/2,2	1/2
			1/2	1/1,8	1/1,37	1/1,5
1/2	1/1,8	1/1,6	1/3	1/2,7	1/2	1/1,5
1/5	1/3,3	1/2,5	1/4,1	1/2,88	1/3	
1/14	1/10	1/7	1/25	1/16	1,16	

tizeze minimum un bolnav unui student la stagiile pentru disciplinele clinice (interne, chirurgie), iar în anul VI, doi bolnavi la disciplinele care se învaţă pentru prima oară (obstetrică-ginecologie pentru studenţii facultăţilor de medicină generală şi pediatrie ; pediatria pentru studenţii de la facultatea de medicină generală). De asemenea am socotit necesară repartizarea în anul VI a patru bolnavi pentru un student, la disciplinele care se însuşesc în etape (clinica medicală pentru studenţii de la facultatea de medicină generală, clinica de pediatrie pentru facultatea de pediatrie), aceste stagii fiind socotite stagii de profilizare cu mai multă independenţă.

In tabelul 1 am prevăzut un normativ mediu corespunzător de 1,5 pat/student pentru clinica medicală, considerînd pe de o parte că nu se pot repartiza atîţia studenţi într-o clinică, cîte paturi există în secţia respectivă, iar pe de altă parte, că prin diferenţa de 0,5 pat (de la un pat utilizat de un student în anii III, IV şi V) la 1,5 paturi (normativ mediu corespunzător), se asigură în parte rezerva pentru stagiile anului VI. Paturile care mai lipsesc şi aşa pentru studenţii din anul VI trebuie recuperate prin suprapunere cu stagiile din anii III, IV şi V.

Comparînd normativele actuale cu cele medii corespunzătoare, se observă că din cele patru oraşe studiate numai la Iaşi sînt asigurate normativele medii corespunzătoare de student/pat pentru anul 1955—1956 la toate disciplinele clinice, sub raportul cantitativ.

La Cluj şi Timişoara la clinicile medicale şi chirurgicale, la Tg. Mureş la clinicile medicale, chirurgicală şi pediatrică, normativele actuale sînt sub cele stabilite de noi. Pentru a putea asigura desfăşurarea în con-

diţii bune a învăţămîntului clinic, vor trebui afectate acestui învăţămînt încă un număr de paturi de interne, chirurgie, pediatrie, obstetrică-ginecologie, contagioase şi neurologie. In restul specialităţilor clinice, numărul paturilor corespunde cantitativ cu normativele student/pat necesare pentru viitorii 5—10 ani.

Din cele relatate mai sus, reiese clar că în centrele universitare studiate nu sînt suficiente paturi pentru ca să existe spitale orăşeneşti care să nu fie şi baze de învăţămînt şi clinici universitare. Dimpotrivă, pentru acoperirea necesităţilor învăţămîntului clinic pe viitor, va mai fi necesară afectarea unui număr de paturi în plus în acest scop. Aceste cerinţe ale învăţămîntului concordă şi cu necesităţile reale de paturi pentru asigurarea în condiţii şi mai bune a asistenţei populaţiei din oraş şi din afara oraşului, în centrele universitare.

In ceea ce priveşte dinamica necesităţii de cadre didactice pentru următorii 5—10 ani, în cele patru institute studiate, aceasta se poate deduce din tabelul 2 pentru anii 1955—1958, iar pentru anii următori ai perioadei menţionate, din dinamica planului de şcolarizare pentru anii respectivi.

Tabelul 2

Necesităţile în cadre didactice clinice în I.M.F. în anii 1955—1958

Clinica	Numărul lectorilor şi asistenţilor la I.M.F. Cluj în			Nr. actual al medicilor consultanţi principali la Cluj	Numărul lectorilor şi asistenţilor la I.M.F. Iaşi în			Nr. actual al medicilor consultanţi principali la Cluj
	1955/56	1956/57	1957/58		1955/56	1956/57	1957/58	
Medicală	36	43,5	45,4	12	28,5	33,5	40	8
Chirurgicală	17,9	20	22,2	4+3 (urgenţă)	16	18,5	20	5
Obstetrică-ginecologie	14,5	18,3	22,2	4+2 (Ped.)	11	14	18	5
Pediatrie	21,4	28,2	35	8	15,5	19,5	24,5	8
Contagioase	11,5	15,3	17,8	1	9,5	12,5	16,5	3
Dermato-venerice . . .	6,5	7,8	6,5	3	2	2,5	3,5	3
Ftiziologică	3				1,5	2	3	3
Neurologie	6,5	7,7	8,5	1+1 (Neuro-) chir.)	3	5	5	1 (Neuro-chir.)
Psihiatrie	3	3,5	3,7	2+1 (Neuro-psih. infant.)	1	1,5	1,5	6
Oftalmologie	3	3,8	4,2	2	1,5	2	2,5	1
Oto-rino-laringologie .	3,5	4	4,7	2	2	2,5	3	1

Continuarea tabelului 2

Numărul lectorilor şi asistenţilor la I.M.F. Timişoara în			Nr. actual al medicilor consultanţi principali la Timişoara	Numărul lectorilor şi asistenţilor la I.M.F. Tg. Mureş în			Nr. actual al medicilor consultanţi principali la Tg. Mureş
1955/56	1956/57	1957/58		1955/56	1956/57	1957/58	
22,5	26,5	31,5	9	20	25	30	4
10	12,5	13,5	4	8	10	16	4
9,5	11	14,5	1,5	11	11	14	2
14	16	21	7	11	14	17	3,5
9	12	15	1	6	10	11	3
2	2,5	3	2	1	2	2	0,5
0,5	1	1	2	1	1	1	1
5	5,5	7	—	3	3	4	3 (din care 1 la Neurochirurg.)
			—	1	1	2	
2	2	2,5	0,5	1	1	1	0,5
3	2	2,5	1,5	2	2	2	1

Din analiza necesităţii de cadre didactice la catedrele clinice se desprind următoarele constatări principale:

a) La toate cele patru institute studiate numărul cadrelor didactice din clinici va fi în creştere la toate specialităţile, pînă în anii 1959—1960. La Iaşi şi la Timişoara creşterea aceasta va continua în esenţă pînă în anul 1961—1962, cînd necesităţile în cadre didactice se vor statornici la nivelul atins. La Cluj şi la Tg. Mureş, în anul 1960—1961 şi în anul următor intervine o uşoară scădere în necesităţile de cadre didactice clinice, faţă de anii de vîrf (1957—1960), aceste necesităţi statornicindu-se la nivelul atins în anul 1956—1957.

Această primă constatare deschide deci perspectivele unei stabilităţi a cadrelor didactice în clinicile I.M.F., ceea ce va avea o deosebită importanţă în crearea unei situaţii adecvate desfăşurării ritmice şi la un nivel calitativ înalt al procesului de învăţămînt medical în clinici.

b) Numărul asistenţilor şi lectorilor creşte în aşa măsură în toate clinicile celor patru institute analizate, încît în viitor ei vor putea asigura îndrumarea cu atribuţii de medic primar a tuturor paturilor din specialităţile clinice de bază, fără să le revină mai mult de circa 15 paturi.

c) Din cele relatate reiese pentru viitor posibilitatea normării cadrelor didactice din clinici, nu numai în funcţie de numărul studenţilor, ci şi după numărul de paturi din secţia respectivă. (De pildă, asistentul îndrumează la clinica medicală de obicei 10 studenţi, care formează o

grupă. Noi am preconizat un normativ global de 1,5 pat la un student la stagiile de clinică medicală, ceea ce înseamnă că grupa de studenți necesită astfel un număr de 15 paturi. Considerăm că asistentul, lucrînd cu 10 studenți, poate să asigure îndrumarea deservirii medicale a 15 paturi, cu atribuțiile de medic consultant principal. Se vede deci că normarea cadrelor didactice clinice după un criteriu mai complet și mai corespunzător specificului învățămîntului clinic — după numărul studenților și al paturilor — criteriu care reflectă mai just volumul sarcinilor care revin acestor cadre, apare ca o necesitate proprie funcționalității spitalelor clinice).

II

Inainte de a trece la expunerea unor propuneri, care s-au desprins din studiul efectuat, credem că este util să arătăm că în Uniunea Sovietică există două feluri de spitale clinice, și anume :

a) Majoritatea I.M.F. își desfășoară activitatea didactică clinică în spitalele unificate aflate sub conducerea sovietelor orășenești. Spitalul orășenesc — baza de învățămînt — are schema lui completă și în plus primește întregul personal didactico-științific al clinicilor respective.

Profesorul coordonează activitatea multiplă a clinicii prin conferențiarii lui și șeful secției, care este un cadru plătit de sfatul popular, dar subordonat profesorului din punct de vedere metodico-științific. In felul acesta nu se întîmplă nimic în secție fără știrea profesorului.

Cadrele didactice lucrează și în policlinică, considerînd că această activitate contribuie la calificarea lor, precum și la îmbunătățirea activității didactice.

b) Unele I.M.F. și I.P.S.M.F. au însă clinici proprii. Aceste institute asigură însă și asistența curativo-profilactică teritorializată a populației, pe lîngă procesul de învățămînt. Policlinicile orășenești care aparțin sfatului popular sînt unificate cu clinicile institutelor de învățămînt medical superior din punct de vedere organizatorico-metodologic. Aceasta înseamnă că clinicile respectă principiile unificării și teritorializarea. Consultanții din policlinică își petrec un timp în aceste clinici, în vederea calificării lor iar specialiștii din clinici, în frunte cu șeful clinicii, se ocupă permanent și de îndrumarea activității policlinicilor, cu care s-au unificat funcțional.

In aceste instituții în afară de cadrele didactice mai lucrează și medici salarizați de I.M.F., fără să aibă sarcini didactice, așa-numiții ordinatori (secundari), care asigură, alături de cadrele didactice, asistența medicală a bolnavilor internați. Alături de aceste cadre își desfășoară activitatea curativo-profilactică și medicii consultanți de circumscripție, care vin din policlinică pentru ridicarea calificării lor.

Clinica este condusă după principiul conducerii unice de către profesor, care are un adjunct (conferențiar) pentru problemele organizatorice și curativo-profilactice, pe lîngă adjuncții pentru problemele didactice și științifice.

Acest sistem se utilizează mai ales acolo unde clinicile sînt grupate la un loc.

Din statele democrat-populare avem doar cîteva date privind organizarea spitalelor clinice. O publicaţie recentă arată că şi în R. D. Cehoslovacă există clinici conduse de I.M.F., alături de spitale ale sfatului. baze de învăţămînt.

III

Studiul efectuat ne-a permis să elaborăm unele propuneri pentru îmbunătăţirea activităţii spitalelor clinice. Aceste propuneri au fost dezbătute în două şedinţe consecutive la Institutul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei şi au putut fi astfel înaintate Ministerului Sănătăţii, amplificate şi îmbunătăţite.

Soluţionarea problemelor ridicate în acest studiu se poate face în etape. Prin realizarea într-o primă fază a unor măsuri care nu aduc după sine perturbări în procesul de învăţămînt şi nu necesită schimbări fundamentale de ordin organizatoric, se cîştigă un timp preţios şi se asigură o bază solidă pentru măsurile ulterioare, a căror pregătire reclamă un timp mai îndelungat şi experimentarea unor noi forme organizatorice pentru spitalele clinice.

Astfel într-o primă etapă se poate înfăptui:

1. Introducerea graficului de muncă ciclic al medicilor consultanţi în spitalele clinice, acolo unde această reorganizare se dovedeşte a fi necesară şi posibilă.

2. Lichidarea pe cît posibil a conducerii duble din aceste spitale.

3. Intărirea asistenţei ambulatorii în policlinică, la locul de muncă şi la domiciliu, pentru populaţia din teritoriul atribuit spitalului clinic şi organizarea unor policlinici regionale încadrate cu medici consultanţi principali de specialitate, pentru o mai bună deservire a bolnavilor extrateritoriali.

4. Imbunătăţirea normării cadrelor care lucrează în laboratoarele spitalului clinic, în serviciile de radiologie, electro-cardiografie etc., precum şi a cadrelor de îngrijire, concomitent cu îmbunătăţrea bazei materiale a acestor instituţii.

5. Impunerea respectării regulamentelor şi ordinelor în vigoare şi pregătirea noului regulament de funcţionare a spitalului clinic, reglementîndu-se şi scoaterea din producţie a medicilor.

6. Experimentarea noilor forme organizatorice, mai corespunzătoare pentru spitalele clinice.

Majoritatea măsurilor organizatorice propuse pot fi înfăptuite într-un interval de timp relativ scurt. Altele, necesitînd verificarea prin experiment şi o fază pregătitoare mai lungă, ar putea fi aplicate pînă la sfîrşitul primei etape, adică înainte de începerea anului universitar 1956—1957.

Prin introducerea graficului de muncă ciclic al medicilor consultanţi în spitalele clinice, se va îmbunătăţi asistenţa medicală curativo-profilactică a populaţiei şi într-o oarecare măsură şi desfăşurarea procesului de învăţămînt clinic. Aglomeraţia de medici din staţionar în primele ore de dimineaţă va dispărea în bună parte, se va realiza o conti-

nuitate în îngrijirea bolnavilor şi se va întări răspunderea personală. De asemenea, medicii cunsultanţi principali şi asistenţii vor avea posibilitatea să se deplaseze la policlinică pentru îndrumarea activităţii acesteia şi respectiv pentru conducerea efectivă, cu competenţa necesară a stagiilor de policlinică, care de această dată vor putea fi începute chiar la ora 8 dimineaţa, o dată cu începerea activităţii grupelor de studenţi. Munca de calificare a medicilor cunsultanţi în cadrul spitalului clinic şi îndeosebi în staţionar nu va mai constitui o greutate pentru cadrele didactice de răspundere.

Introducerea graficului de muncă ciclic în spitalele clinice ridică unele probleme deosebite de cele întîlnite în spitalele neclinice, prin faptul că în spitalul clinic întîlnim pe lîngă cadrele din reţea şi cadrele didactice, care conform Ordinului 822/954 al Ministerului Sănătăţii au obligaţia de a duce şi munca curativo-profilactică, primind în schimb o indemnizaţie clinică.

La normarea medicilor consultanţi şi a consultanţilor principali, trebuie să ţinem seama şi de această situaţie pe lîngă un criteriu important, şi anume: de a asigura o rotaţie în condiţiile cele mai bune (1 : 2 sau 1 : 3).

Din studiile preliminare făcute în cele patru oraşe menţionate, reiese clar că numărul medicilor consultanţi care trebuie normat pentru staţionar, pe baza criteriului enunţat, este insuficient pentru acoperirea tuturor paturilor. Diferenţa de paturi va fi acoperită de unii asistenţi tineri, care neavînd însă vechimea corespunzătoare în specialitate (minimum cinci ani), şi prin urmare experienţa clinică necesară, nu pot deocamdată îndeplini atribuţiile unui medic consultant principal, precum şi de un număr de secundari clinici.

Asistenţa medicală a bolnavilor în spitalele clinice va fi prin urmare încredinţată medicilor consultanţi, medicilor secundari clinici şi unor asistenţi, urmărindu-se ca fiecăruia să-i revină în medie 10 paturi în secţiile de boli interne şi pediatrie. Prin introducerea medicilor stagiari în aceste spitale, în special asistenţii — care au în primul rînd sarcini didactice — vor primi un ajutor considerabil. Acest fapt se va răsfrînge favorabil asupra asistenţei medicale a populaţiei.

Cît priveşte secundarul clinic, acesta este un cadru permanent, cu locul principal de activitate în staţionarul spitalului. Prezenţa lui va contribui incontestabil la îmbunătăţirea activităţii spitalelor şi va reprezenta în acelaşi timp un stimul pentru medicii consultanţi de circumscripţie urbană şi medicii din mediul rural, care văd prin această instituţie posibilitatea ca pe baza cunoştinţelor lor şi a activităţii depuse pe tărîm medical şi social să se ridice pe o treaptă ierarhică superioară în specialitate, firesc prin concurs.

Indrumarea nemijlocită a acestor cadre revine medicilor care primesc atribuţii de medic primar: asistenţilor cu vechimea necesară în specialitate, precum şi medicilor consultanţi principali. Numărul acestora din urmă va fi determinat de necesitatea asigurării unei rotaţii juste cu medicii consultanţi principali care, o dată cu introducerea graficului ci-

clic de muncă, vor fi normaţi pentru policlinică, precum şi de necesităţile de asigurare a unei bune asistenţe în staţionar.

Cadrele de îndrumare vor executa această atribuţie asupra unui număr de aproximativ 20—30 de paturi, număr mai mic deci decît într-un spital neclinic, fapt care va duce la o asistenţă de o calitate mai ridicată în aceste instituţii.

Pentru preîntîmpinarea greutăţilor cauzate prin faptul că vara, în timpul concediilor legale ale corpului didactic, spitalele clinice sînt lipsite de cadrele cele mai calificate, este necesar ca aceste concedii să fie eşalonate pentru lunile iulie-august şi ianuarie-februarie, pe baza unei convenţii între cele două ministere cointeresate în această problemă.

Conducerea unică la nivelul secţiilor de specialitate se poate asigura considerîndu-l pe şeful catedrei în acelaşi timp şi şeful secţiei. Prin această funcţie, pentru care el va primi indemnizaţia de clinică, el este responsabil din punct de vedere tehnico-ştiinţific de întreaga activitate a secţiei respective din spitalul unificat. Ajutorul şefului de catedră, în rezolvarea problemelor legate de desfăşurarea activităţii didactico-ştiinţifică, este conferenţiarul şi eventual lectorul, iar în organizarea propriu-zisă a activităţii secţiei şi a deservirii bolnavilor, el va putea fi ajutat de un şef de secţie adjunct în cazurile în care numărul paturilor sau alte motive impun prezenţa acestui cadru. Este de dorit ca şeful de secţie adjunct să aibă şi jumătate normă didactică de conferenţiar sau lector, dar socotim absolut necesar ca el să aibă norma de bază în schema spitalului, pentru a nu mai fi sustras de sarcinile didactice în detrimentul problemelor de organizare a secţiei. Acest medic şef de secţie adjunct va fi numit cu consimţămîntul profesorului şef de catedră şi face parte din colectivul de conducere al catedrei.

Asigurarea conducerii unice la nivelul spitalelor care servesc şi ca baze de învăţămînt medical superior este o necesitate reală şi ea ar facilita şi coordonarea mai justă a planificării şi executării bugetelor.

In unele oraşe întărirea conducerii şi concepţiei unice este realizabilă prin atribuirea conducerii tuturor unităţilor de asistenţă medicală curativo-profilactică unei singure direcţii a spitalelor clinice, care ar putea lua fiinţă o dată cu introducerea graficului de muncă ciclic, şi va centraliza conducerea tehnică şi o parte a problemelor administrative mari (gospodăriile anexe, atelierele centrale, problema transporturilor şi a reparaţiilor capitale etc.).

Direcţia spitalelor clinice concepută în acest fel trebuie să fie condusă de un organizator de sănătate sau alt medic cu experienţă în munci similare, de preferinţă cadru didactic, numit de Ministerul Sănătăţii, la propunerea comună a secţiei sanitare şi a conducerii I.M.F. Directorul spitalelor clinice va trebui cooptat în conducerea I.M.F., unde va avea funcţia unui adjunct pentru clinici pe lîngă rectorul sau directorul I.M.F., primind pentru această activitate o indemnizaţie din partea institutului de învăţămînt.

Acest director fiind subordonat secţiei sanitare a sfatului popular, şi în acelaşi timp făcînd parte şi din conducerea I.M.F., va coordona interesele celor două sectoare.

Acest director unic va fi ajutat de directorii adjuncţi şi şefii de secţie sau adjuncţii lor, din reţelele care nu au nevoie de un director adjunct, precum şi de un director administrativ.

Este necesar ca cele două bugete (sfat şi I.M.F.) să fie într-o primă etapă măcar coordonate de directorul spitalelor clinice şi directorul I.M.F., cu ajutorul aparatelor lor administrative.

La rîndul lor, directorii adjuncţi ai spitalelor clinice, ordonatori de credite, sînt ajutaţi şi de un aparat administrativ în rezolvarea problemelor administrativo-gospodăreşti, care rămîn deci descentralizate pe spitale.

In alte oraşe, însă, cu mai multe spitale clinice, care din cauza numărului mare de paturi, a distanţelor considerabile între ele, a amplasării izolate etc. nu pot fi cuprinse de o singură direcţie a spitalelor clinice, trebuie căutată o altă formulă, mai corespunzătoare. Astfel s-ar putea lega mai strîns cele două foruri I.M.F. şi secţia sanitară, prin persoana unui organizator de sănătate, cu atribuţia exclusivă de coordonator şi conducător al problemelor curativo-profilactice la nivelul secţiei sanitare, cooptat şi în colectivul de conducere al I.M.F. ca „prorector clinic". Trebuie însă asigurată continuitatea în muncă a acestui cadru, prin dispoziţii speciale care să interzică folosirea lui la alte munci sau ca locţiitor al medicului-şef al secţiei sanitare, în absenţa acestuia.

In vederea ridicării nivelului activităţii laboratoarelor din clinici, este necesar ca normarea cadrelor de laborator pentru clinici pe linie spitalicească să ţină seama nu numai de numărul de paturi, ci şi de indicii cantitativi ai analizelor de laborator în diferite secţii clinice, precum şi de complexitatea şi diversitatea metodelor folosite în acest scop. In cadrul personalului de laborator trebuie făcută în acelaşi timp o ierarhizare corespunzătoare cu pregătirea lor, ceea ce ar constitui un stimulent în calificarea lor continuă, (de exemplu, medic de laborator, medic principal de laborator, medic-şef de secţie de laborator).

Considerăm de pildă că pentru o secţie de boli interne din spitalele clinice sînt necesare: un laborator de hematologie, bacteriologie, anatomie patologică, un laborator de biochimie, de fiziologie, un laborator de radiologie, precum şi un laborator de electrocardiografie, cu încadrările corespunzătoare, conform aprecierilor expuse în problema laboratoarelor.

Considerăm de asemenea necesară normarea în cadrul secţiilor clinice de bază a unor cadre didactice de laborator sau de cadre de cercetători ştiinţifici (asistenţi, lectori şi în unele cazuri, ca de pildă la radiologie, chiar conferenţiari, respectiv cercetători, cercetători principali, şefi de sector).

Aceste cadre vor îndruma întreaga muncă de laborator a spitalului clinic, cele două feluri de cadre de laborator (de la sfat şi de la I.M.F.) formînd un singur colectiv puternic sub conducerea cadrelor didactice.

Cadrele didactice de laborator de înaltă calificare încadrate în clinici pe linie spitalicească vor putea cumula norme didactice sau ştiinţifice de laborator, în funcţie de calificarea lor.

Propunerile noastre, după cum s-a mai arătat, se referă la măsurile

care se pot lua într-un timp relativ scurt la spitalele orăşeneşti — baze de învăţământ —, care nu atrag după sine modificări organizatorice radicale. Ele nu constituie rezolvarea ansamblului de probleme, deoarece credem că o astfel de reorganizare adîncă, impune experimentarea prealabilă a unui tip nou de spital clinic teritorial unificat.

In acest spital unificarea se va face numai pe linie organizatorico-metodologică. Staţionarul va fi condus în întregime, deci şi sub raport administrativ, de I.M.F. şi se va unifica numai din punct de vedere organizatorico-metodologic, adică funcţional, cu policlinica condusă de secţia sanitară. Şi în acest caz socotim însă că este posibilă şi necesară coordonarea problemelor comune printr-un cadru de legătură între rectoratul I.M.F. şi secţia sanitară.

Indrumarea şi urmărirea activităţii spitalelor clinice unificate după introducerea graficului de muncă ciclic şi experimentarea spitalului clinic, unificat sub raport organizatorico-metodologic cu policlinica, ne vor indica calea care trebuie urmată în viitoarele etape, pentru a ridica la un nivel din ce în ce mai înalt asistenţa medicală a oamenilor muncii şi procesul de învăţământ clinic, în oraşele universitare.

Articol intrat în redacţie în decembrie 1955.

★

Предварительные исследования в связи с улучшением организации и функционирования клиничеекнх больниц

Об'единение, осуществленное в 1951 г. в отношении больниц университетских городов, вызвало в свое время много споров и представляет собою и в настоящее время один из вопросов, привлекающих внимание Министерства здравоохраненая.

На основании обследований, проведенных в Клуже, Яссах, Тимишоаре и Тыргу Муреше, авторы отмечают результаты об'единения и некоторые недостатки, которые еше не вполне ликвидированы, в связи с организацией и функционированием об'единенных клинических больниц.

Для улушения лечебно-профилактического обслуживания населения и улучшения процессов обучения, авторы предлагают в частности нижеследуюшее:

1. Введение циклического графика работы для врачей — ординаторов клинических больниц.

2. Укрепление единого руководства в этих учреждениях.

3. Укрепление амбулаторного медицинского обслуживания городского населения и организация областных поликлиник с старшими ординаторами по различным специальностям, для лучшего медицинского сбслуживания иногородних больных.

4. Укрепление лабораторий клинических больниц путем дифференцированного и соответствуюшего нормирования.

5. Экспериментальное применение новых организационных форм для территориальной клинической больницы, в рамках которых клиники медицинского института об'единяюгся с организационно-методологической точки зрения с учреждениями амбулаторного обслуживания, подчиненными здравотделу Народного Совета.

Etude préliminaire concernant l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement des hôpitaux-cliniques

L'application, en 1951, de la loi d'unification des hôpitaux des villes universitaires a suscité à ce moment de nombreuses discussions et constitue encore actuellement un des problèmes qui retiennent l'attention du Ministère de la Santé.

En se basant sur l'étude effectuée dans les villes de Cluj, Iassy, Timişoara et Tg. Mureş, les auteurs insistent sur les résultats, ainsi que sur certaines lacunes qui n'ont pas pu être encore complètement comblées, en ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux-cliniques unifiés.

Afin d'améliorer à la fois l'assistance médicale curative et prophylactique et l'enseignement, ils font les propositions principales suivantes:

1. Introduire le graphique de travail cyclique des médecins consultants, dans les hôpitaux-cliniques.
2. Donner plus d'efficacité à la direction unique, dans ces institutions.
3. Augmenter l'assistance médicale ambulatoire pour la population des villes et organiser la polyclinique régionale, avec la collaboration des médecins consultants principaux de spécialité, afin d'obtenir une meilleure assistance médicale des malades venant d'une autre région.
4. Améliorer le travail des laboratoires des hôpitaux-cliniques, par une organisation différenciée et corespondante de ce travail.
5. Expérimenter un nouveau type d'organisation de l'hopital-clinique territorial, dans lequel la clinique de l'I.M.F. (Institut Médico-Pharmaceutique) soit unifiée, du point de vue de l'organisation et de la méthode de travail, avec les unités d'assistance ambulatoire, dépendant du Conseil Populaire.

Probleme de organizare a activităţii ştiinţifice în institutele de învăţămînt medical

Conf. Andrei Kelemen

In numărul 3 al revistei „Ocrotirea sănătăţii în R.P.R." din anul 1955, în articolul „Probleme de organizare a activităţii metodologice în institutele de învăţămînt medical" s-a arătat că în viaţa unui institut de învăţămînt medical activitatea didactico-metodologică şi activitatea ştiinţifică sînt două elemente care nu se pot despărţi unul de altul, ele sprijinindu-se şi întărindu-se reciproc unul pe celălalt. S-a arătat totodată că, atît activitatea didactico-metodologică, cît şi cea de cercetare trebuie să aibă „o organizare ştiinţific fundamentată, care să permită îmbinarea armonioasă a formelor individuale şi colective de muncă şi perfecţionarea continuă a metodelor de predare şi de cercetare o dată cu dezvoltarea conţinutului disciplinelor respective".

Articolul sus-menţionat a avut însă ca obiectiv dezvoltarea numai a primei părţi a problemei: organizarea activităţii metodologice în institutele de învăţămînt medical.

Obiectivul articolului de faţă este să dezvolte partea a doua a problemei: organizarea activităţii ştiinţifice în institutele de învăţămînt medical.

Ţinem să reamintim însă că în numărul 6 al revistei „Ocrotirea sănătăţii în R.P.R." din anul 1953 sub semnătura conf. A. Pescaru a apărut un articol intitulat „Cu privire la metodologia muncii ştiinţifice",

care a tratat problema metodologiei pregătirii şi executării unei cercetări ştiinţifice, descriind şi analizînd pe larg şi temeinic toate etapele ei.

De aceea articolul de faţă va trata problema din alt aspect, şi anume sub aspectul organizării, îndrumării şi cuprinderii activităţii ştiinţifice în ansamblul ei în cadrul unui institut de învăţămînt medical, precum şi legăturile ei cu activitatea medico-sanitară din reţea.

Astfel articolul va dezvolta problema pe următoarele trei capitole:

I. Organizarea activităţii ştiinţifice în institutele de învăţămînt superior medical.

II. Organizarea antrenării medicilor din reţea în munca de cercetare ştiinţifică.

III. Organizarea activităţii ştiinţifice a studenţilor.

I. *Organizarea activităţii ştiinţifice în institutele de învăţămînt superior medical*

Atît activitatea curativo-profilactică şi sanitaro-antiepidemică de pe teren, cît şi activitatea didactică a institutelor de învăţămînt medical trebuie să se bazeze pe cuceririle cele mai noi ale ştiinţei. Insă, pentru ca ştiinţa să poată îmbogăţi în permanenţă, cu noi şi noi mijloace şi metode arsenalul practicii, considerăm că este necesar ca în însăşi organizarea activităţii ştiinţifice să se ţină seama de următoarele exigenţe importante:

1. planificarea cercetării ştiinţifice;
2. actualitatea tematicii de cercetări ştiinţifice;
3. complexitatea cercetării ştiinţifice;
4. îndrumarea şi controlul continuu al activităţii de cercetări ştiinţifice.

Să analizăm fiecare din aceste elemente în parte:

1. **Planificarea cercetării ştiinţifice.** Activitatea de cercetare ştiinţifică în ţara noastră, trebuind să rezolve principalele probleme ridicate de practica construcţiei socialiste, are caracter de stat. De aici decurge că ea nu poate să se desfăşoare la întîmplare, ci trebuie planificată în aşa fel încît să reflecte just cerinţele practice ale economiei noastre naţionale. Planificarea muncii ştiinţifice pe tărîmul medical, pe lîngă faptul că trebuie să pornească de la necesităţile practice ale reţelei, trebuie să ia în seamă şi forţele existente (cadre, institute, laboratoare, înzestrare cu aparatură pentru munca ştiinţifică) şi necesarul de noi forţe pentru realizarea obiectivelor ştiinţifice. „Folosirea acestei posibilităţi (adică . . . . . organizarea planificată a muncii ştiinţifice pe scara întregii ţări . . . . . .) permite să se concentreze mari forţe ştiinţifice şi mari mijloace în vederea rezolvării problemelor principale, nodale ale ştiinţei, ridicate de practica construcţiei comuniste" („Ştiinţa şi viaţa" din revista „Comunist", numărul 5, anul 1954).

Activitatea ştiinţifică, pe baza considerentelor de mai sus, trebuie să fie planificată în ansamblu pe toată ţara, iar sarcinile din plan trebuie să fie just repartizate pe unităţi, astfel ca un institut de învăţămînt medical sau de cercetări ştiinţifice să nu aibă zeci şi uneori sute de probleme, ci numai cîteva probleme importante pe care să le poată rezolva.

Lucrările de disertaţie de candidat şi doctor în ştiinţe medicale ar

trebui să fie o parte integrantă a planului ştiinţific medical pe ţară şi pe institut. Deci, planul de cercetări ştiinţifice trebuie să reprezinte în acelaşi timp şi planul de formare de noi cadre ştiinţifice şi de perfecţionare a celor existente. Un indiciu al seriozităţii cu care se desfăşoară procesul de pregătire a cadrelor ştiinţifice tinere într-un institut este însuşi raportul lucrărilor ştiinţifice al cadrelor tinere, faţă de totalitatea lucrărilor executate în acel institut.

2. **Actualitatea tematicii de cercetări ştiinţifice.** Tot din caracterul de stat al activităţii de cercetări ştiinţifice din ţara noastră izvorăşte necesitatea aplicării principiului actualităţii în tematica activităţii de cercetări ştiinţifice. Criteriul actualităţii tematicii ştiinţifice este măsura în care ea dă răspuns şi soluţii juste în probleme practice, în cazul cercetărilor medicale, în problemele practice care frămîntă reţeaua de asistenţă medico-sanitară.

Se ştie, de exemplu, că gripa este una din cauzele care determină cel mai mare procent de morbiditate cu pierderea temporară a capacităţii de muncă. De aceea prezintă o actualitate accentuată nu numai studiul experimental al etiologiei, patogeniei şi măsurilor de tratament, dar şi al profilaxiei gripei.

Iată de ce planul ştiinţific al Ministerului Sănătăţii a cuprins acest studiu în tematica lui.

Orientarea profilactică a ocrotirii sănătăţii din ţara noastră cere să dispensarizăm grupe de populaţie care suferă de boli cronice, ca: afecţiuni cardio-vasculare, boala hipertensivă, boala ulceroasă etc., precum şi unele grupe de populaţie momentan sănătoase, dar expuse unor noxe în procesul de producţie.

Intrucît nu stăpînim încă temeinic metodele complexe ale dispensarizării, prezintă o problemă de actualitate studiul ştiinţific al metodelor dispensarizării şi de aceea planul ştiinţific trebuie să reflecte această actualitate.

3. **Complexitatea cercetării ştiinţifice.** Problemele de cercetare ştiinţifică de obicei nu sînt simple, ci sînt atît de complexe (şi metodica cercetărilor ştiinţifice este atît de variată), încît ele nu pot fi studiate şi rezolvate prin forţele unei singure catedre, unei singure facultăţi sau uneori nici chiar prin forţele unui institut de învăţămînt superior sau de cercetări ştiinţifice. De aceea, complexitatea în organizarea desfăşurării cercetărilor ştiinţifice nu este o exigenţă impusă din afară. Ea este însăşi oglindirea complexităţii interioare a problemelor ştiinţifice şi este necesară tocmai în interesul unei mai juste şi complete rezolvări a lor.

O deficienţă de concepţie a planurilor noastre ştiinţifice din anii trecuţi (şi în parte şi a unor planuri ştiinţifice pe anul 1955) este că la alcătuirea tematicii ştiinţifice s-a pornit de la catedre, discipline, institute şi laboratoare de cercetări ştiinţifice şi nu de la probleme. In consecinţă, planul ştiinţific era supraîncărcat de probleme disparate, care nu permiteau o colaborare reală între catedre şi institute. Din acest motiv problemele nu se puteau studia în multilateralitatea lor, mijloacele tehnice de cercetare nu erau complet utilizate şi în consecinţă unele probleme, care deşi au figurat patru, cinci ani de-a rîndul în planul ştiinţific, au dat numai rezultate parţiale, în ansamblu ele rămînînd nerezolvate.

Or, însăşi obiectivele muncii de cercetare ştiinţifică impun ca la alcătuirea planului ştiinţific să pornim de la problemă şi nu de la catedre, laboratoare etc. Problema exprimă scopul activităţii de cercetări ştiinţifice. Catedra, laboratorul sînt mijloacele prin care se realizează acest scop.

Numai după ce s-a stabilit actualitatea problemei, se poate trece la stabilirea temelor care trebuie să cuprindă problema, a metodelor de cercetare ce trebuie aplicate, a mijloacelor tehnice necesare studierii temelor, precum şi la alegerea cadrelor de specialitate, care trebuie să colaboreze la cercetarea problemei, a temelor.

Iată un exemplu în acest sens, din planul ştiinţific al I.P.S.M.F. Bucureşti pe anul 1955.

Catedra de boli contagioase, înţelegînd importanţa organizării unei bune funcţionalităţi a spitalului de boli contagioase în ansamblul luptei antiepidemice, a inclus în planul său de cercetări ştiinţifice problema: „Studiul organizării şi funcţionării reţelei antiepidemice în ţara noastră".

Însăşi înscrierea acestei probleme în plan reflectă că această catedră ţine seama de principiul actualităţii în alegerea tematicii ştiinţifice.

Se observă însă în acelaşi timp că această problemă nu figurează în preocupările Catedrei de epidemiologie (şi nu din vina catedrei), iar Catedra de organizare sanitară din acelaşi institut se ocupă de o problemă similară, fără să ştie de eforturile şi realizările Catedrei de boli contagioase în acest domeniu.

Considerăm că dacă conducerea I.P.S.M.F. s-ar ghida mai mult de acest principiu al complexităţii în organizarea şi coordonarea cercetărilor ştiinţifice, ea ar fi putut să grupeze în jurul problemei ridicate de Catedra de boli contagioase toate catedrele cointeresate în problema dată şi competente a da o contribuţie tehnică la rezolvarea ei.

In concluzie, alcătuind deci tematica unui plan ştiinţific, pornind de la problemă la unităţi de executare şi nu invers, vor fi probleme mai puţine în planul ştiinţific, dar colaborare mai mare în munca ştiinţifică, această colaborare izvorînd din însăşi recunoaşterea complexităţii problemei de colaboratorii ştiinţifici.

De aici decurge o concluzie organizatorică privind coordonarea muncii ştiinţifice: întrucît o problemă se lucrează la mai multe catedre, activitatea acestora trebuie îndrumată, coordonată şi controlată în cadrul unui colectiv format din şefii catedrelor sau responsabilii temelor respective. Acest colectiv în institutele de învăţămînt superior medical din Uniunea Sovietică este **comisia de problemă,** avînd în frunte un preşedinte, cel mai bun specialist în problema ştiinţifică cercetată. Bineînţeles, veriga de bază a alcătuirii detaliate a planului ştiinţific şi a executării temelor ştiinţifice este colectivul catedrei (al disciplinei). Aici se studiază literatura problemei, metodica de cercetare; aici se analizează sistematic datele parţiale şi concluziile preliminare ale cercetătorilor, aici se dezbat sistematic în focul criticii şi autocriticii rezultatele activităţii de cercetare ştiinţifică a fiecărui colaborator al catedrei, atmosfera ştiinţifică a catedrei fiind mediul în care cresc cadrele tinere (aspiranţi, asistenţi etc.) şi se perfecţionează cadrele ştiinţifice formate.

Cu aceasta procesul științific nu s-a încheiat. S-a arătat că problema științifică fiind complexă, ea se studiază de mai multe catedre. Deci, atît planul complex detaliat al unei probleme științifice, cît și rezultatele pe teme obținute de catedre trebuie să fie analizate de comisia de problemă, în spiritul legăturii între teme, pentru a face sinteza critică a rezultatelor diferitelor colective și persoane care au colaborat la studiul problemei respective. Comisia de problemă, pe baza rezultatelor parțiale ale cercetării temelor, organizează conferințele comune cu caracter științific ale catedrelor interesate, așa-numitele **conferințe științifice intercatedrale.** Toate problemele științifice importante, toate rezultatele cercetărilor științifice ale catedrelor care colaborează la o problemă trebuie să se dezbată înainte de a ajunge la consiliul științific al facultății sau al institutului mai întîi în cadrul conferințelor intercatedrale. Aceste dezbateri contribuie eficient la formarea orientării științifice a tuturor acelora care colaborează la munca de cercetări științifice. La aceste conferințe științifice intercatedrale de asemenea se discută în prealabil toate propunerile de teme de disertație de candidat și doctor în științe medicale, precum și toate disertațiile terminate, înainte de a fi susținute în fața consiliilor științifice de facultate, respectiv de institut. „Discuțiile ample sînt unica formă a criticii în știință. Ședințele consiliilor științifice trebuie transformate într-o tribună a criticii științifice. Consiliile științifice sînt organe ale gîndirii științifice colective. Studiind tematica muncii științifice, controlînd desfășurarea cercetării științifice, verificînd și apreciind rezultatele acestora, ele au un rol important în întărirea legăturii științei cu viața. Consiliile științifice sînt în stare să facă față cu succes acestor sarcini, numai cu condiția schimbului liber de opinii, cu condiția desfășurării largi, neîmpiedicate a criticii științifice. Discuția științifică permanentă a muncii științifice curente trebuie să aibă loc și în laboratoare; celebrele „miercuri" ale lui Pavlov constituie un argument necontestat în favoarea acestei forme a schimbului de opinii. Lupta de opinii, critica și autocritica trebuie să prindă rădăcini temeinice în toate stadiile muncii științifice". („Știința și viața", revista „Comunist", nr. 5, anul 1954).

Poate că prin descrierea formelor organizatorice de mai sus s-a creat aparența unui sistem încărcat de ședințe. Experiența activității de cercetări științifice din Uniunea Sovietică arată însă că nu este vorba de ședințe de prisos, fixate și forțate din afară, care distrag muncitorii științifici de la cercetări, ci este vorba de ședințe de lucru, de o discuție științifică permanentă a cercetărilor curente la locul producției științifice, ședințe care izvorăsc din necesitățile tematicii de cercetare, și care prin confruntarea rezultatelor științifice parțiale cu cerințele practice ale rețelei în spirit critic și autocritic consolidează rezultatele și dau convingerea că se poate trece de la un stadiu al cercetărilor științifice la un stadiu superior.

4. **Îndrumarea și controlul continuu al activității de cercetări științifice** este de o importanță primordială. Veriga de bază a îndrumării și controlului activității științifice este colectivul catedrei, laboratorului, unde se desfășoară nemijlocit producția științifică. Împreună cu îndrumarea și controlul personal exercitat de responsabilul temei, ședințele de ana-

liză şi discuţie permanentă a muncii ştiinţifice curente la locul producţiei ştiinţifice (catedră, laborator) sînt forma de bază şi în acelaşi timp cea mai concretă şi eficientă a controlului acesteia.

După această fază a îndrumării şi controlului, urmează cea efectuată de comisia de problemă. Această muncă de îndrumare şi control se face atît pe teren în mediul ştiinţific, în condiţiile tehnice concrete în care se execută activitatea de cercetare ştiinţifică, cît şi prin analiza rezultatelor parţiale în cadrul conferinţelor intercatedrale şi prin analiza rezultatelor finale în cadrul şedinţelor comisiei de problemă.

Rolul preşedintelui comisiei de problemă este foarte mare în întreaga această muncă de îndrumare concretă şi control tehnic al activităţii de cercetare ştiinţifică, el trebuind să fie cunoscătorul în detalii al problemei cercetate. „Preşedintele comisiei de problemă nu trebuie să fie dirijorul, care conduce dar nu cîntă din instrument, ci trebuie să fie primul violonist" (Vavilov, decedatul preşedinte al Academiei de ştiinţe a U.R.S.S. citat după o expunere a profesorului Popov de la Institutul medical nr. 1 din Moscova).

Prin preşedinţii comisiilor de probleme, prorectorul pentru ştiinţe (sau directorul adjunct pentru studii) îndrumă, coordonează şi controlează munca ştiinţifică a institutului de învăţămînt superior medical. Prorectorul pentru ştiinţe (directorul de studii) trebuie să dea linia în alcătuirea şi executarea planului ştiinţific, trebuie să repartizeze just sarcinile ştiinţifice, ca ele să fie controlabile în cursul anului şi la sfîrşitul lui. El trebuie să ştie să stabilească legături reale între catedre, legături de colaborare între catedre în cercetarea şi rezolvarea problemelor complexe ştiinţifice.

La sfîrşitul anului, rapoartele catedrelor privind îndeplinirea planului şi lucrările ştiinţifice executate de catedre trec la comisiile de problemă. Numai după analiza temeinică a acestor documente în cadrul comisiilor de probleme se analizează pe baza aprecierilor comisiilor îndeplinirea planului ştiinţific în şedinţa consiliului ştiinţific de facultate, respectiv de institut.

Numai o astfel de organizare, îndrumare, coordonare şi control al activităţii de cercetări ştiinţifice permite ca, atunci cînd prorectorul pentru ştiinţe şi preşedinţii comisiilor de problemă dau raport în faţa consiliului ştiinţific al institutului despre executarea planului ştiinţific pe anul ce s-a scurs, problemele şi temele din planul ştiinţific să fie concretizate deja prin lucrări ştiinţifice, care, o dată cu încheierea anului calendaristic, pot fi depuse în scris pe masa conducerii institutului.

Din toate acestea reiese că raportul de activitate ştiinţifică cel mai concret şi mai demn de încredere sînt însăşi lucrările ştiinţifice prezentate. Raportul de activitate ştiinţifică este un document ştiinţific numai dacă are ca acoperire lucrările ştiinţifice din plan terminate; altfel este o dare de seamă administrativă, fără valoare.

Pe baza unei astfel de organizări a activităţii ştiinţifice, institutele de învăţămînt superior medical (I.M.F. şi I.P.S.M.F.) pot şi trebuie să organizeze periodic sesiuni ştiinţifice, prezentîndu-şi lucrările, roade ale activităţii planificate de cercetare ştiinţifică, ridicînd astfel continuu tonu-

sul ştiinţific al activităţii institutului. Prin participarea la aceste sesiuni a cadrelor invitate din alte instituţii medicale, universitare şi neuniversitare (spital metodologic regional, spital raional, circumscripţie rurală, sanepid etc.), schimbul de experienţă dintre institute, legătura ştiinţei cu practica se adînceşte şi mai mult, nivelul ştiinţific al pregătirii cadrelor, al muncii medico-sanitare din reţea se ridică considerabil.

Numai o astfel de organizare a activităţii ştiinţifice la nivelul unităţilor de cercetare ştiinţifică permite forurilor centrale ale Ministerului Sănătăţii (Sfatul medical ştiinţific, Direcţia învăţămîntului medical, direcţiile tehnice de specialitate etc.) şi organelor lor consultative (comitete şi comisii ştiinţifice) să cuprindă sectorul vast de activitate ştiinţifică medicală, să-l îndrumeze tehnic, să-i coordoneze activitatea complexă şi multilaterală, să controleze justeţea metodicii cercetărilor ştiinţifice şi aplicarea raţională şi operativă în practică a rezultatelor lor.

II. *Organizarea antrenării medicilor din reţea în munca de cercetare ştiinţifică*

Ştiinţa trebuie să meargă totdeauna cu un pas înaintea practicii, pentru a-i lumina calea. Iată de ce se pune un accent aşa de mare pe dezvoltarea unui sector independent, cu bază materială proprie de cercetări ştiinţifice în ţara noastră.

Faptul că în sistemul nostru de ocrotire a sănătăţii există un sector creat special în acest scop, care se ocupă de activitatea ştiinţifică nu înseamnă însă că reţeaua medico-sanitară, a cărei atribuţie principală este munca practică de asistenţă a populaţiei nu poate şi nu trebuie să dea o contribuţie la munca de cercetare ştiinţifică. De aceea are o importanţă deosebită existenţa unor legături strînse între unităţile de cercetări ştiinţifice şi reţea.

Astfel la planificarea activităţii ştiinţifice, legătura cu medicii din reţea poate să orienteze institutele de învăţămînt şi de cercetare în ce măsură problemele, temele proiectate a fi incluse în plan prezintă actualitate. Caracterul complex al activităţii de cercetare ştiinţifică impune ca şi reţeaua să-şi dea contribuţia prin date, observaţii la marginea aplicării unor metode elaborate de institutele de cercetări ştiinţifice şi uneori prin participarea la muncă experimentală sub îndrumarea institutelor ştiinţifice. Cît priveşte controlul executării planului ştiinţific, ultima instanţă şi cea mai autentică a controlului eficienţei activităţii ştiinţifice este reţeaua, sînt medicii din reţea, căci ei au legătura nemijlocită, zilnică cu terenul, ei realizează în practica medico-sanitară rezultatele ştiinţei medicale. Or, criteriul justeţei oricărei teze ştiinţifice este practica.

Înfiinţarea spitalelor metodologice regionale va putea crea premisele unei antrenări organizate a specialiştilor din reţeaua curativo-profilactică a regiunii respective în cercetarea unor teme ştiinţifice legate de specificul morbidităţii în regiune. Spitalul metodologic regional trebuie să fie cointeresat în diferite probleme ştiinţifice ale Sfatului ştiinţific din Ministerul Sănătăţii, stabilindu-se institutele, catedrele, de care să fie îndrumat în cercetarea acestor probleme. Specialiştii principali vor trebui să ştie să defalce din problemă, tema respectivă, sarcini ştiinţifice medici-

lor din secţiile spitalului regional, spitalelor orăşeneşti şi raionale — acolo unde este cazul.

Acelaşi rol îi revine şi sanepidului regional pe linia sanitaro-antiepidemică în cadrul regiunii.

Este recomandabil ca secţiile spitalelor metodologice regionale şi ale sanepidurilor regionale să fie arondate din punct de vedere al îndrumării preocupării lor ştiinţifice în jurul institutelor de învăţămînt superior medical (I.M.F., I.P.S.M.F. şi filialele lui) şi de cercetări ştiinţifice (Institutul de igienă al R.P.R. şi filialele lui şi celelalte institute centrale de cercetări ştiinţifice) îndrumarea făcîndu-se fireşte, pe baza tematicii stabilite.

In anii trecuţi, în special din 1950, s-au obţinut unele succese în privinţa realizării de legături între institutele de cercetări ştiinţifice, de învăţămînt şi specialiştii din reţea. Aceste legături însă nu sînt încă generalizate şi sistematice. Ele poartă încă semnul „curtuaziei" reciproce, întîlnirile au un caracter ocazional şi mai mult „festiv", decît de activitate operativă, organizată. Este necesar ca fiecare moment al colaborării între institute şi reţea pe linie de activitate ştiinţifică să fie organizat, bine pus la punct. Este necesar ca la începutul anului, sarcinile din planul ştiinţific care revin spitalelor metodologice regionale să fie defalcate în comun de colectivul ştiinţific al institutului, catedrei, laboratorului şi specialiştii principali. In conformitate cu cerinţele tematicii şi metodologicii stabilite, este recomandabil să fie chemaţi pentru perioade scurte la nivelul institutelor, catedrelor, specialişti din reţea pentru însuşirea unor metodici necesare cercetării, dar încă necunoscute pentru ei. De asemenea, trebuie fixate şedinţe periodice la catedre, laboratoare, pentru dezbaterea sistematică a rezultatelor parţiale şi finale ale temelor cercetate (unde în prezenţa cadrelor ştiinţifice de la catedră, laborator, referă şi specialişti din reţea pe baza contribuţiei date de ei la cercetarea unor teme). Acelaşi sistem de muncă trebuie să realizeze la rîndul lor şi specialiştii principali la nivelul regiunii şi raionului, privind îndrumarea concretă a specialiştilor din reţea spre preocupări ştiinţifice. Această activitate ştiinţifică din reţea trebuie să se axeze pe probleme medicale specifice teritoriului deservit şi să ţină cont de posibilităţile tehnice şi de cadrele existente. Specialiştii principali trebuie să se îngrijească în mod deosebit de antrenarea în această muncă de cercetare ştiinţifică a medicilor profesori de şcoli medii medicale. Aplicînd metode ştiinţifice în munca lor din reţea, se va îmbunătăţi şi activitatea didactică a profesorilor de şcoli medii medicale.

Cu o astfel de antrenare a medicilor din reţea în munca de cercetare ştiinţifică, va lua un avînt cu totul nou şi participarea lor la munca filialelor Societăţii ştiinţelor medicale. S.S.M. va deveni astfel într-adevăr o tribună ştiinţifică, unde medicii din reţea vor asculta cele mai noi rezultate ale cercetărilor ştiinţifice medicale şi ale aplicării acestora în practica instituţiilor din ţară, din regiunea, respectiv raionul deservit, precum şi unde-şi vor prezenta observaţiile proprii, rezultatele aplicării de noi metode ştiinţifice în practica lor zilnică medico-sanitară.

Această cale a activităţii ştiinţifice trebuie însă nu numai arătată

medicilor din rețea. Ei trebuie și educați, pentru a merge din convingere pe această cale necesară și utilă, atît pentru creșterea lor profesională, cît și pentru ridicarea nivelului asistenței medico-sanitare a populației.

Ca metode foarte utile pentru atragerea treptată a medicilor din rețea la preocupări științifice considerăm:

1. conferințele practico-științifice;
2. conferințele teoretico-științifice ținute cu medicii din rețea.

1. **Conferințele practico-științifice** sînt ședințe organizate sistematic (o dată la două săptămîni sau la lună) de catedrele clinice sau de igienă cu medicii rețelelor specialităților respective din localitate, unde se discută pe bază de documentație științifică problemele practice curente ale muncii lor în rețea. Catedra de clinică medicală sau de pediatrie de exemplu, ținînd astfel de conferințe cu medicii consultanți de circumscripții urbane, poate pune la ordinea de zi prezentări de cazuri mai complexe în privința diagnosticului, tratamentului, analizîndu-se eventualele greșeli comise în această privință în staționar, policlinică sau circumscripție. Cazul poate fi expus de medicul consultant, iar coreferat pe marginea cazului poate ține lectorul, asistentul, medicul consultant principal.

O catedră de igienă (igiena muncii, de exemplu) în cadrul acestor conferințe cu medicii secțiilor respective din sanepiduri și inspectorii sanitari de stat, organizează expunerea științifică și discuția unor probleme practice, ca: expertiza unui proiect de ventilație pentru o uzină dată din raza de activitate a unui sanepid, aprecierea igienico-sanitară a introducerii unor noi materii prime în procesul de producție într-o întreprindere dată, alimentația specială într-o colectivitate muncitorească dată, analiza morbidității într-o întreprindere dată etc.

Expunerea științifică, discuțiile și concluziile pe marginea unei probleme concrete practice din viața rețelei constituie un imbold pentru medicul din rețea să-și fundamenteze activitatea zilnică pe datele științifice și metodele științifice ale specialității.

2. **Conferințele teoretico-științifice** au scopul de a trata sistematic de pe poziția ultimelor cuceriri ale științei unele capitole ale specialității, în vederea ridicării nivelului de pregătire teoretică a medicilor din rețea.

Astfel de conferințe de ambele categorii se pot organiza nu numai în centre universitare (de catedre, institute), ci și de secțiile spitalului metodologic regional, spitalele orășănești, unele spitale mari raionale și de sanepiduri.

Educați prin aceste verigi mai simple, pregătitoare, medicii din rețea se obișnuiesc cu metode științifice de muncă, de organizare a muncii lor zilnice. Aplicarea acestor metode îi aduce mai aproape de preocupări științifice, ceea ce contribuie la pătrunderea mai rapidă a rezultatelor științei medicale în practica ocrotirii sănătății populației.

Tot aici trebuie să subliniem importanța și rolul I.P.S.M.F. în apropierea medicilor și farmaciștilor de munca de cercetare științifică, prin antrenarea cursanților în activitatea științifică a catedrelor. Insușindu-și tehnica unor cercetări în timpul cît sînt la curs, medicii se vor putea încadra mai ușor în formele de activitate științifică posibile în rețea după întoarcerea la locul lor de muncă.

III. *Organizarea activității științifice a studenților*

Începînd din anul 1951, o nouă problemă a început să constituie o preocupare pentru institutele de învățămînt superior din țara noastră, pentru Ministerul Învățămîntului și ministerele de resort: problema activității științifice a studenților.

Cît privește activitatea științifică a studenților din sectorul învățămîntului superior medical, pentru el perioada care a trecut din anul 1951 a fost, pe de o parte, perioada inițiativelor și rezultatelor izolate ale unor I.M.F.-uri, ale unor catedre, pe de alta, perioada lipsei unei metodologii unitare în organizarea activității cercurilor științifice studențești, a lipsei schimbului de experiență, precum și a unei îndrumări tehnice, a unei coordonări pe țară din partea Ministerului Sănătății.

Activitatea — deși numai de patru ani — a cercurilor științifice studențești în institutele noastre de învățămînt superior medical, precum și experiența mai îndelungată și plină de conținut a institutelor sovietice în acest domeniu, au demonstrat necesitatea includerii problemei organizării activității științifice a studenților printre problemele centrale ale conducerii și cadrelor didactice ale I.M.F. Bineînțeles activitatea științifică a studenților nu este legiferată prin planul de învățămînt, deci nu constituie o obligativitate pentru student, fără de care el nu poate absolvi facultatea, dar constituie o necesitate dacă vrem să înzestrăm viitorul absolvent cu calitățile unui specialist care să poată lucra în mod creator. Această activitate constituie o necesitate și pentru a crea încă de pe băncile facultății o pepinieră de unde se vor putea ridica noi cadre tinere de cercetători științifici. Intrucît această activitate se poate desfășura numai în afara planului de învățămînt, este necesară o muncă comună de organizare și educare din partea conducerii institutului, a organizației U.T.M. și sindicale, pentru ca studenții să-și includă din convingere, de bună voie, preocupările științifice în complexul activității lor extrașcolare. Această activitate nu trebuie să ducă însă la o supraaglomerare cu sarcini a studenților, ea trebuind să alterneze cu odihna și cu distracțiile cultural-sportive etc.

In organizarea activității științifice a studenților nu e permis să se aplice metode de constrîngere. Prin munca de educare amintită și prin organizarea exemplară a cercurilor științifice studențești, prin rodnicia muncii lor se pot atrage din ce în ce mai mulți studenți la această formă de activitate extrașcolară.

Veriga organizatorică de bază a activității științifice a studenților este cercul științific studențesc de pe lîngă catedre. Una din premisele succesului muncii cercului științific este conducerea lui nemijlocită de către profesor (conferențiar), ceea ce asigură un nivel superior acestei munci.

I. V. Stalin, în cuvîntarea ținută la Kremlin, la recepția dată în onoarea corpului didactic din învățămîntul superior în 1938, a închinat pentru știința „care înțelege semnificația, importanța și atotputernicia unirii slujitorilor bătrîni ai științei cu cei tineri... care de bună voie și

cu bucurie deschide larg porţile tinerelor forţe ale ţării noastre şi le permite să cucerească culmile ştiinţei, care recunoaşte că viitorul este al tinerilor oameni de ştiinţă".

Cadrele didactice din institutele de învăţămînt superior trebuie să pătrundă esenţa acestor cuvinte.

Catedra (şeful de catedră), cînd îşi alcătuieşte planul semestrial de muncă, este recomandabil să includă în acest document atît de important, nu numai sarcinile didactice, ci şi obiective privind activitatea ştiinţifică cu cercurile studenţeşti.

Munca studenţilor în cadrul cercului ştiinţific comportă trei etape, care constituie o ascendenţă de la simplu la complex, una pregătind sistematic pentru cealaltă etapă, superioară:

1. Etapa muncii de referate.
2. Etapa însuşirii de tehnici de laborator, de metode de investigaţii clinice sau pe obiective sanitare de pe teren.
3. Etapa muncii experimentale, de cercetare ştiinţifică propriu-zisă.

1. La începutul anului universitar, profesorul (conferenţiarul) care conduce cercul ştiinţific alcătuieşte cu membrii cercului planul de referate, pe subiecte, persoane şi termene, indicînd şi bibliografia temelor de referat. In perioada alcătuirii referatelor, membrii catedrei dau consultaţii studenţilor pe baza unei repartizări nominale pe student şi pe temă. După ce în cursul muncii de referate şi paralel cu pregătirea lor conform planului de învăţămînt, membrii cercului au ajuns la un nivel de pregătire teoretică suficientă în acest scop, se trece concomitent cu munca de referate la:

2. Etapa însuşirii de tehnici de laborator (sau a metodelor de studiu al materialului clinic, al materialului de arhivă, al prelucrării foilor de observaţie etc. în cazul cercurilor de pe lîngă catedrele clinice). După cunoaşterea literaturii unei probleme şi însuşirea metodelor de investigaţie ştiinţifică în domeniul ei, se trece la :

3. Munca ştiinţifică propriu-zisă (experimentală la catedrele de laborator şi clinico-statistică şi eventual experimentală la catedrele clinice).

Baza muncii ştiinţifice a studenţilor este munca individuală în cele trei domenii, etape menţionate şi prezentarea şi dezbaterea problemelor în colectivul cercului ştiinţific. In etapele de însuşire a tehnicii de laborator şi a muncii de cercetare ştiinţifică propriu-zisă, lîngă fiecare asistent trebuie repartizaţi cîte 1, 2, 3 studenţi (după posibilităţi) din cerc, pentru a putea fi îndrumaţi şi urmăriţi în munca lor individuală. Studenţii frecventează, după posibilităţi, de 2—3 ori pe săptămînă catedra în timpul lor liber. Munca experimentală a membrilor cercului ştiinţific e recomandabil să constituie o parte integrantă din tematica planului ştiinţific al catedrei. Scopul acestei măsuri este de a face pe student să simtă că el se preocupă de o problemă importantă a catedrei, ceea ce ridică în ochii studentului importanţa rolului muncii sale, îi ridică şi simţul de responsabilitate.

Pe baza muncii individuale a membrilor cercului ştiinţific se organizează şedinţele cercului ştiinţific (o dată la două săptămîni), într-o zi care prin hotărîrea consiliului ştiinţific al institutului, e recomandabil

să fie confirmată ca „zi a cercului ştiinţific studenţesc". Ordinea de zi a şedinţei poate cuprinde în conformitate cu conţinutul muncii membrilor cercului : un referat ştiinţific din literatura medicală, un referat al revistelor, prezentări ale rezultatelor parţiale sau finale ale cercetărilor ştiinţifice ale studenţilor, prezentări de cazuri clinice de către studenţi (sau de către cadrele didactice în cazuri clinice mai complexe) etc.

Şeful de catedră trebuie să antreneze toţi membrii catedrei, nu numai la îndrumarea zilnică a membrilor cercului ştiinţific studenţesc, ci şi la participarea întregului personal didactic al catedrei la şedinţele cercului ştiinţific.

Lîngă o catedră pot funcţiona şi două cercuri ştiinţifice studenţeşti. De exemplu, la Catedra de anatomie patologică poate funcţiona un cerc pentru studenţii din anii III şi IV şi un alt cerc pentru studenţii anilor V şi VI. Primul cerc duce numai munca de referat şi de însuşire a tehnicii de laborator, de prosectură. Al doilea cerc duce şi activitate experimentală, de cercetare anatomo-clinică. Este bine ca în astfel de cazuri şedinţele de referate ale acestor două cercuri să fie comune, pentru că studenţii din anii superiori pot lua cuvîntul la referatele studenţilor din anii III şi IV ca elemente mai mature, cu cunoştinţe experimentale în problemele tratate. Pe de altă parte, studenţii anilor superiori ţinînd referate pe baza rezultatelor lor experimentale contribuie la educarea studenţilor mai tineri în această direcţie.

Organizarea cercurilor ştiinţifice studenţeşti după criteriul catedrei (lîngă catedre) poate fi obiectată de pe poziţia principiului complexităţii muncii ştiinţifice, care (s-ar putea spune că) ar indica ca cercurile studenţeşti să fie organizate mai curînd pe probleme decît pe catedre. O astfel de organizare, de exemplu, pe problema terapiei tisulare a bolii hipertensive etc. ar uni cu siguranţă în mod mai organic eforturile studenţilor care lucrează la diferite catedre diferitele părţi (teme) ale uneia şi aceleiaşi probleme ştiinţifice şi ar da un caracter mai adînc activităţii ştiinţifice a studenţilor. Această formă de organizare pare a fi superioară, căci ea ar corespunde principiului complexităţii muncii ştiinţifice. Considerăm însă că după etapa primă de iniţiere a organizării muncii ştiinţifice a studenţilor, abia acum intrăm în etapa unei organizări şi metodologii unitare a cercurilor ştiinţifice studenţeşti, în care etapă înseşi catedrele trebuie să-şi elaboreze o conduită a cuprinderii acestei munci.

Caracterul oarecum în devenire al acestei etape cere ca membrii unei grupe să fie legaţi între ei şi printr-o structură organizatorică mai stabilă şi prin tematica şi metodica muncii lor ştiinţifice. (Or, acestea din urmă în cadrul aceleiaşi catedre, fiind unitare în linii mari, contribuie şi ele în mod eficient la sudarea organizatorică a cercului şi la apropierea noilor mase de studenţi în jurul cercurilor).

Această sudare organizatorică în etapa actuală se poate face deci fără nici o îndoială cu mai mult succes lîngă catedră, care este ea însăşi o unitate organizatorică închegată, decît lîngă comisia de problemă, care aşteaptă încă să fie introdusă de acum înainte în sistemul de organizare a activităţii ştiinţifice în I.M.F. Pe de altă parte, chiar dacă va exista, comisia de problemă nefiind o unitate organizatorică operativă de zi cu zi,

ci o formă de legătură funcţională periodică a diferitelor catedre, ea nu va putea avea încă în etapa actuală forţa de sudare necesară rămînerii împreună, în mod închegat, a cercului.

In concluzie, considerăm că în etapa actuală sarcina I.M.F.-urilor constă în desăvîrşirea formei de organizare pe catedre a cercurilor ştiinţifice studenţeşti, urmînd ca într-o etapă mai înaintată, pe baza consolidării organizatorice şi ştiinţifice a cercurilor studenţeşti, a elaborării unei opinii publice a maselor largi studenţeşti, în favoarea acestor cercuri şi a acumulării unei experienţe a cadrelor didactice în conducerea muncii ştiinţifice a studenţilor, să se poată trece la o formă superioară de organizare, pe probleme, a cercurilor ştiinţifice studenţeşti.

Nu înseamnă totuşi că în forma actuală de organizare pe catedre, nu se poate asigura un cîmp destul de vast pentru realizarea principiului complexităţii: o serie de cercuri ştiinţifice studenţeşti, ca cercurile de la catedrele de anatomie, histologie, biologie, fiziologie, microbiologie etc., pot studia experimental de exemplu problema terapiei tisulare, stabilind legături de colaborare şi cu cercuri de pe lîngă catedrele clinice.

Pe fondul unei astfel de organizări a activităţii ştiinţifice a cercurilor studenţeşti se poate trece la organizarea secţiilor, iar de la secţii, la organizarea Asociaţiei ştiinţifice a studenţilor unui I.M.F. Numărul şi caracterul secţiilor este în funcţie de numărul şi caracterul (specialitatea) cercurilor şi facultăţilor. Aceste secţii, pe baza necesităţilor din I.M.F.-urile noastre şi a experienţei sovietice, pot fi următoarele:

1. secţia biologică (cuprinzînd cercurile de biologie, anatomie, histologie, fiziologie);
2. secţia morfo-fiziologică patologică (cuprinzînd cercurile de anatomie patologică, fiziopatologie, microbiologie, biochimie etc.);
3. secţia clinică terapeutică;
4. secţia clinică chirurgicală;
5. secţia de igienă şi organizare sanitară;
6. secţia farmaceutică.

Secţiile clinice cuprind şi cercurile clinicilor facultăţilor de pediatrie şi stomatologie.

Fiecare din secţiile sus-menţionate conduce, coordonează, îndrumează şi controlează munca cercurilor ştiinţifice care îi aparţin. In felul acesta mai multe cercuri pot colabora pentru cercetarea unei probleme ştiinţifice complexe.

Toţi studenţii membri ai cercurilor ştiinţifice studenţeşti formează împreună „Asociaţia ştiinţifică a studenţilor", condusă de un consiliu. Consiliul Asociaţiei ştiinţifice a studenţilor coordonează prin conducerile secţiilor întreaga activitate ştiinţifică a studenţilor dintr-un I.M.F.

O condiţie ca secţiile Asociaţiei ştiinţifice a studenţilor şi consiliul ei de conducere să poată lucra cu succes este ajutorul nemijlocit al consiliului ştiinţific al institutului.

De aceea, pe lîngă studentul-preşedinte al secţiei sau al Asociaţiei este necesar să existe şi un profesor (conferenţiar) — conducător al secţiei, respectiv al Asociaţiei ştiinţifice a studenţilor. Insuşi planul anual al

Asociaţiei ştiinţifice a studenţilor trebuie să fie dezbătut şi aprobat de consiliul ştiinţific al I.M.F.

Pe baza rezultatelor muncii complexe a cercurilor ştiinţifice se creează posibilitatea organizării de conferinţe ştiinţifice pe probleme (problema terapiei tisulare, problema bolii ulceroase etc.). Este recomandabil ca fiecare secţie să organizeze 1—2 conferinţe plenare anuale pentru expunerea rezultatelor lucrărilor membrilor cercurilor. Pe baza lucrărilor conferinţelor pe secţii, se poate organiza apoi o conferinţă plenară anuală pe institut, cu prezentarea celor mai bune lucrări studenţeşti.

Aceste premise fiind asigurate, se poate trece la organizarea de conferinţe, sesiuni periodice pe ţară a cercurilor ştiinţifice studenţeşti.

Printr-o asemenea organizare a activităţii ştiinţifice a studenţilor se va putea crea încă din băncile institutului, gustul pentru munca creatoare, pepiniera de unde se vor ridica forţe ştiinţifice tinere şi talentate, medici care vor avea obişnuinţa să lucreze în mod ştiinţific, în tot procesul muncii practice zilnice din reţea.

Conducerea I.M.F. (rectori, prorectori şi decani) trebuie să încurajeze această activitate ştiinţifică a studenţilor, asigurînd publicarea celor mai bune lucrări ştiinţifice studenţeşti, pe baza aprecierilor şi propunerilor şefilor de catedră.

E recomandabil ca Ministerul Sănătăţii să organizeze concursuri pe ţară ale cercurilor ştiinţifice studenţeşti din I.M.F., cu ocazia conferinţelor periodice pe ţară ale acestora, dînd diplome de onoare şi premii în bani pentru cele mai bune lucrări ale studenţilor din I.M.F. La rîndul lui, Ministerul Învăţămîntului, prin organizarea de concursuri pe toate institutele de învăţămînt superior de toate tipurile, va putea să evidenţieze cele mai bune lucrări ştiinţifice studenţeşti pe ţară.

Trebuie să mai accentuăm importanţa unui sector de presă în cadrul Asociaţiei ştiinţifice a studenţilor.

Sectorul de presă trebuie să poarte grija ca gazeta de perete a institutului şi alte organe ale presei locale şi centrale să reflecte în permanenţă într-un spirit critic şi autocritic activitatea cercurilor ştiinţifice studenţeşti.

Astfel se va putea contribui la dezvoltarea interesului maselor studenţeşti pentru acest domeniu de activitate, la elaborarea unei opinii publice studenţeşti favorabile şi cu timpul generale pentru participarea activă în aceste cercuri ştiinţifice, pentru realizarea unui schimb de experienţă rodnic între cercurile din acelaşi institut şi cercurile din diferite institute de învăţămînt superior medical din ţară.

In încheiere, considerăm că discuţiile pe marginea problemelor de organizare a activităţii ştiinţifice în institutele de învăţămînt medical vor aduce o îmbunătăţire a formelor organizatorice şi metodelor recomandate în cadrul acestui articol, contribuind prin aceasta la o mai justă orientare a tematicii ştiinţifice spre problemele practice ale ocrotirii sănătăţii din ţara noastră, la însuşirea sistematică a rezultatelor şi metodelor ştiinţifice de către medicii din reţea şi la educarea dragostei pentru munca ştiinţifică la viitorii medici, încă din băncile facultăţii.

Articol intrat în redacţie în decembrie 1955.

Вопросы организации научной работы в медицинских институтах

В статье излагаются вопросы организации научной работы в медицинских институтах и указывается, что при организации этой работы нужно принимать во внимание нижеследующие весьма важные требования:

1. Планирование научных исследований.
2. Актуальность тематики научных исследований.
3. Комплексность научных исследований.
4. Руководство научно-исследовательской деятельностью и постоянный ее контроль.

В первой части статьи, на основании советского опыта в этой области, излагается роль проблемных комиссий и совместных совещаний различных кафедр в осуществлении вышеперечисленных требований в связи с организацией научных исследований.

Во второй части статьи указывается на важность участия врачей существующей сети в научно-исследовательской работе медицинских институтов и медицинских научно-исследовательских учреждений и на роль областных методологических больниц и областных санэпидов в связи с этим вопросом.

Авторы рекомендуют методы, при помощи которых врачи из сети могут быть привлечены к разработке научных вопросов. Этими методами являются следующие:

а) научно — практические конференции;
б) научно — теоретические конференции.

В последней части работы рассматривается вопрос организации научной работы студентов, причем излагаются этапы работы студентов в научных кружках:

а) рефераты;
б) усвоение лабораторной техники, методов клинических или санитарных исследований;
в) экспериментальные работы.

В заключение авторы дают указания в связи с организацией по отделениям научных обществ студентов в медико-фармацевтических институтах; указывается роль руководящих органов медико-фармацевтических институтов в деле направления научной работы студентов.

★

Problèmes concernant l'organisation de l'activité scientifique dans les instituts d'enseignement médical

Dans cet article, l'auteur expose les problèmes concernant l'organisation de l'activité scientifique dans les instituts d'enseignement médical; il estime qu'on doit tenir compte, dans l'organisation de cette activité, des exigences suivantes, qu'il considère comme étant d'importance:

1. La planification des recherches scientifiques.
2. L'actualité thématique des recherches scientifiques.
3. La complexité des recherches scientifiques.
4. La direction et le contrôle continu des recherches scientifiques.

Dans la première partie de l'article l'auteur expose, en se basant sur l'expérience soviétique dans ce domaine, le rôle des commissions chargées d'étudier ce problème, ainsi que les conférences des chaires pour la réalisation des exigences sus-mentionnées.

Dans la seconde partie de l'article, l'auteur montre l'importance de la participation des médecins du réseau aux recherches scientifiques des instituts d'enseignement médical et des instituts des recherches scientifiques, ainsi que le rôle des hôpitaux méthodologiques régionaux et des **„Sanépides"** (Centres sanitaires anti-épidémiques). L'auteur suggère également quelques moyens pour attirer progressivement les médecins du réseau, vers les préoccupations scientifiques. Ces méthodes sont les suivantes:

a) Conférences scientifiques d'ordre pratique.
b) Conférences scientifiques purement théoriques.

La dernière partie du travail traite de l'organisation de l'activité scientifique

des étudiants, et expose les étapes du travail des étudiants, dans le cadre des cercles scientifiques :

1. Etape de l'élaboration des rapports.
2. Etape de l'appropriation des techniques de laboratoire, des méthodes d'investigation cliniques ou de l'activité sanitaires.
3. Etape des travaux expérimentaux.

En concluant, l'auteur recommande une nouvelle organisation, par sections, de la Société Scientique des Étudiants dans les instituts d'enseignement supérieur médical et pharmaceutiques. Il montre en même temps le rôle de direction de l'I.M.F., dans la conduite de l'activité scientifique des étudiants.

---

*Rezultatele internării în preventoriile de post-cură asupra copiilor convalescenţi de tuberculoză**

Dr. Gh. Bungeţianu, dr. Venson Petrovici E., dr. O. Suteu

Preventoriile antituberculoase de copii sînt instituţii cu caracter profilactico-curativ şi constituie un factor important în lupta contra tuberculozei, urmărind nu numai profilaxia tuberculozei prin izolarea copilului de părintele bacilifer, dar şi mărirea rezistenţei nespecifice.

Preventoriile antituberculoase se împart în: a) permanente pentru convalescenţii de tuberculoză şi pentru contacţi; b) sezoniere — coloniile de vară de tip sanatorial, la munte sau la mare.

In preventoriile pentru convalescenţi se internează copiii care părăsesc sanatoriile de tuberculoză sau secţiile de tuberculoză din spitalele de copii şi bolnavii din grupa II şi III dispensarială, cu forme regresive sau stabilizate, care nu au fost internaţi în sanatorii, constituind o etapă în readaptarea copiilor bolnavi la viaţa normală.

In această categorie intră copiii cu următoarele afecţiuni:

a) complexe primare sau infiltrate incomplet vindecate;

b) pleurezii exudative şi pleuroperitonite incomplet vindecate sau recent resorbite, care au încă nevoie de supraveghere medicală ;

c) convalescenţii de meningită, fără sechele neurologice foarte importante şi cu lichid normal de minimum opt luni;

d) leziuni mixte extrapulmonare şi pulmonare, care nu necesită imobilizare şi nu sînt fistulizate.

Bolnavii din aceste categorii trebuie să aibă V.S.H. scăzută, sputa negativă, iar la radioscopie pulmonară, leziuni fără reacţie perifocală.

In preventoriile pentru contacţii de tuberculoză se internează :

a) purtătorii de sechele pulmonare (calcificări hilare, complexe primare calcificate, scizurite fibroase) ;

b) debilii cu micropoliadenopatii;

c) copiii cu viraj recent la tuberculină, fără semne de evolutivitate, la 3—4 luni de la viraj;

d) copiii cu deficienţă în greutate, anorexie, astenie, anemie ;

---

* Lucrare efectuată în Institutul de ftiziologie Bucureşti, director : acad. M. Nasta.

e) copiii din focarele cu situaţie economică socială grea.

Toţi copiii internaţi în aceste preventorii trebuie să prezinte intradermoreacţia pozitivă sau să fie vaccinaţi B.C.G.

In aceste instituţii cu caracter sanatorial scopul principal este menţinerea compensării procesului tuberculos la copiii infectaţi, prin asigurarea unei alimentaţii corespunzătoare, prin educaţie fizică, pedagogică şi sanitară. Se caracterizează prin tendinţa de a îmbina regimul igieno-dietetic adecvat şi activitatea didactico-educativă.

Preventoriile post-cură, Gorneşti şi Băicoi, primesc copii de la 4 la 14 ani. Durata internării este de 45—90 de zile, cu posibilitatea de prelungire a curei.

Preventoriile pentru contacţii de tuberculoză se împart după vîrstă în două categorii, pentru preşcolari 4—7 ani şi pentru şcolari 7—14 ani, pentru aceştia din urmă, asigurîndu-se programul şcolar. Durata internării este de 45 de zile, cu posibilitatea de prelungire la cererea dispensarului respectiv.

Recrutarea copiilor pentru preventorii o face dispensarul de tuberculoză raional, care are evidenţa celor bolnavi şi a contacţilor. Prin secţia de asistenţă socială, la indicaţia medicului ftiziopediatru sau ftiziolog, acestor copii li se întocmeşte o fişă tip, în care sînt menţionate antecedentele eredo-colaterale şi personale, situaţia epidemiologică a focarului, starea economico-socială, diagnosticul dispensarului şi examenul radioscopic pulmonar, testarea biologică, analizele de laborator (V.S.H., spută bacil Koch, examen parazitologic al fecalelor) şi vaccinările antiepidemice.

Inainte de plecarea în preventoriu, copiilor li se face vizita antiepidemică şi la fişa respectivă se ataşează dovada eliberată de policlinică sau punctul de copii, asupra situaţiei epidemice a locuinţei şi străzii respective a copiilor.

Cercetarea de faţă priveşte numai internaţii în preventoriu post-cură Gorneşti.

Preventoriul post-cură Gorneşti este situat în Regiunea Autonomă Maghiară, pe şoseaua naţională. Este aşezat într-o vale ferită de curenţi, ceea ce influenţează climatul, în sensul unor ierni blînde şi veri mai puţin călduroase, păstrînd o umiditate normală.

Clădirea este un fost castel, aşezat în mijlocul unui parc de cîteva hectare, parc impresionant prin frumuseţea, bogăţia şi aspectul copacilor, climatul permiţînd aclimatizarea unor esenţe rare în ţara noastră. In parc se găseşte un lac asanat, care produce o distracţie în plus copiilor.

Preventoriul a început să funcţioneze din 1950, cu 50 de paturi, şi şi-a mărit treptat capacitatea ajungînd la 135 de paturi actualmente în funcţiune. Funcţionează cu o secţie de carantină şi o secţie de cură propriu-zisă. Copiii se bucură de dormitoare bine amenajate, săli de mese, de clasă, de joc şi bibliotecă.

Actualmente, instalaţia sanitară funcţionează în bune condiţii.

Asistenţa medicală este asigurată de doi medici, dintre care un ftiziopediatru, care au la dispoziţie laborator pentru examenele curente şi

aparat Röntgen. Copiilor li se face periodic vitamino- şi calcioterapie. In cazul apariţiei unor boli transmisibile, se pot izola la spitalul din Tg. Mureş. Medicii sînt ajutaţi de surori medicale, educatoare şi îngrijitoare de copii, pentru vîrsta de 4—7 ani.

Programul zilei, care ţine seama de starea clinică a copiilor, se desfăşoară între orele 7 şi 21, asigurînd 4 ore de cură, repartizate după micul dejun şi masa de prînz, care constau în plimbări în parc şi mici excursii în vecinătate, exerciţii fizice, ore de clasă pentru şcolari, ore de grădiniţă pentru preşcolari. Programul şcolar este redus, se asigură şcolaritatea pentru toate clasele şi permite copiilor la întoarcere reluarea la zi a cursurilor şcolare sau examene de fine de an.

Alimentaţia copiilor este bună, asigurînd 3 500—4 000 de calorii zilnic; se ţine seama de necesitatea aportului alimentar în proteine, glucide, grăsimi şi vitamine naturale prin distribuirea zilnică de legume şi fructe crude. Copiii primesc cinci mese, dintre care două principale constînd din două feluri de mîncare, plus fructe şi dulciuri.

Vîrsta copiilor internaţi în acest preventoriu este de 4—14 ani. Media zilelor de internare este de 50, cu posibilitate de prelungire, fie la indicaţia medicală a preventoriului, fie la cererea dispensarului antituberculos, pe motive de profilaxie (focar neasanat) sau economico-sociale.

Recrutarea copiilor din regiunea Bucureşti o face dispensarul antituberculos din raionul N. Bălcescu (Institutul de ftiziologie), căruia i se adresează sanatoriile de copii şi dispensarele antituberculoase.

Copiilor li se alcătuieşte o fişă tip preventoriu, cuprinzînd date medicale şi economico-sociale, şi sînt recontrolaţi radioscopic pulmonar. Inainte de plecare, care este asigurată tot de dispensarul N. Bălcescu prin asistenţa socială, copiilor li se face o vizită epidemiologică.

Cercetarea de faţă s-a făcut pe copiii internaţi în cursul anilor 1951—1953 totalizînd un număr de 894. Dintre aceştia, 390 erau contacţi de tuberculoză — 43,73%. Ca formă de boală:

leziuni în rezoluţie 63,4%

sechele importante 25,3%

meningite 1,1%

leziuni mixte 10,2%

Intre 4 şi 7 ani au fost internaţi 31,7%, între 7 şi 10 ani 42,5% şi 11—14 ani 25,8%. Au fost reinternaţi o dată sau de două ori 98 de copii — 11%.

Modul de urmărire s-a făcut pe bază de fişă, în care s-a notat: mediul din care provine, cu contact de tuberculoză familial sau fără, greutatea, V.S.H., starea generală şi examenul radioscopic pulmonar. La întoarcerea din preventoriu s-au notat datele trimise la plecarea din unitate. Studiul s-a făcut comparativ pe aceste date clinice, radiologice şi de laborator. Consideraţiile noastre se bazează pe proporţia de ameliorări realizate la fiecare din criteriile menţionate. Deoarece mulţi copii încă de

la internare au prezentat V.S.H. aproape de normal (10/25—30/60) şi leziuni radiologice foarte puţin importante, la care nu se putea spera o modificare favorabilă evidentă, la aceste două criterii am considerat împreună grupul ameliorat cu cel staţionar.

Rezultate

S-a observat ameliorări ale stării generale în 95—97%, greutate crescută între 1 500 şi 3 000 g la 85—91%, scăderea V.S.H. în 86—87% şi ameliorare a leziunilor radiologice în 99%.

Pe vîrste nu se constată nici o diferenţă, toţi copii au răspuns egal curei preventoriale.

Ca sexe se constată o uşoară diferenţă între fete şi băieţi, primele atingînd limita superioară procentuală de ameliorare din punct de vedere al stării generale, greutăţii, V.S.H.; ca leziuni radiologice procentele sînt la fel pe ambele sexe.

Nu se observă nici o diferenţă între copiii proveniţi din mediul tuberculos şi cei fără contact cunoscut.

La condiţii economico-sociale, au răspuns la fel copiii de muncitori, funcţionari sau pensionari.

Copiii reinternaţi pentru a doua şi a treia oară au prezentat procente de ameliorări foarte puţin ridicate faţă de cei cu o sigură internare.

Cea mai evidentă ameliorare s-a observat la copiii internaţi mai mult timp, 3—4 luni; cu cît timpul de internare a fost mai scurt, cu atît procentul de ameliorare a fost scăzut: 30 de zile ameliorări 25%, 50 de zile ameliorări 40%, 90—120 de zile ameliorări 97—99%.

Reactivări de leziuni s-au observat în 5 cazuri — 0,5%, dintre care un deces prin meningită în 1951.

Numărul foarte mic de reactivări observate timp de trei ani arată o bună triere a cazurilor internate în acest preventoriu. Dintre cele cinci cazuri, unul a fost apariţia unei meningite tuberculoase la un copil purtător de sechele pulmonare importante stabilizate; celelalte patru au fost date de reactivări perifocale uşoare însoţite de stare subfebrilă, observate la copii cu afecţiuni pulmonare tuberculoase recente (3—4 luni).

In cursul internării în preventoriu s-au observat cazuri de boli infecto-contagioase între 30 şi 50 anual, însă niciodată nu au constituit o epidemie în incinta preventoriului; datorită măsurilor luate de conducerea preventoriului, cazurile s-au limitat la 3—5 îmbolnăviri. Aceste afecţiuni intercurente nu au modificat rezultatele observate la finele curei, datorită faptului că timpul de internare s-a prelungit (pentru cei care au fost izolaţi în spitalul din Tg. Mureş) pînă s-a ajuns la bune rezultate clinice şi radiologice. Din punct de vedere pulmonar, s-a înregistrat la un singur caz după tuse convulsivă o reacţie perifocală în jurul complexului primar.

Concluzii

Din cercetarea de faţă reiese rolul mare al preventoriului post-cură, în stabilizarea leziunilor tuberculoase la copii; procentele mari de ameliorare între 97 şi 99% şi numai de 0,5% de reactivări observate printre internaţi demonstrează aceasta.

Diferenţele procentuale între cei internaţi pentru un timp mai scurt şi cei internaţi 90 de zile şi peste, ne permite să demonstrăm necesitatea măririi mediei de internare.

Articol intrat în redacţie în noiembrie 1954.

Despre îmbunătăţirea sistemului de evidenţă la nivelul circumscripţiei medico-sanitare rurale

Prof. T. Ilea, dr. E. Bad, dr. M. Olteanu, Mircea Voiculescu

Lucrare executată în cadrul Institutului de organizarea ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinii, director: prof. Teodor Ilea

Circumscripţia medico-sanitară rurală, ca unitate de bază a ocrotirii sănătăţii populaţiei în mediul rural, îşi îndeplineşte sarcinile sale, atît direct, cît şi cu sprijinul instituţiilor şi organelor raionale şi regionale.

Sarcinile ce-i revin pot fi îndeplinite corespunzător numai în baza unui plan concret de muncă, întocmit în concordanţă cu problemele teritoriului, cu condiţiile obiective existente şi cu posibilităţile de cuprindere şi rezolvare a acestora de către colectivul circumscripţiei.

Existenţa unui plan concret de muncă, cu sarcini şi metode de lucru bine conturate, oferă cadrelor medico-sanitare perspectiva problemelor din circumscripţie şi modul de rezolvare a acestora în funcţie de importanţă şi posibilităţi la o anumită etapă. Cunoaşterea realităţilor, a mijloacelor de rezolvare şi a perspectivei, contribuie la creşterea încrederii şi interesului cadrelor medico-sanitare, fiind în acelaşi timp un factor de mobilizare pentru desfăşurarea activităţii.

Elaborarea planului de muncă se bazează pe o prealabilă şi profundă analiză a stării şi evoluţiei sănătăţii populaţiei, corelată cu condiţiile locale de mediu fizic şi social, cu structura organizatorică a reţelei şi cu eficienţa muncii acesteia. Analiza corectă a stării de sănătate a populaţiei dă posibilitatea reliefării principalelor probleme medico-sanitare, spre care trebuie îndreptate eforturile în activitatea circumscripţiei. Pentru aceasta însă este nevoie de date statistice cît mai complete şi exacte, de o înregistrare corectă a problemelor şi a activităţii medico-sanitare din circumscripţie.

Datele din evidenţa primară a circumscripţiei îi dau medicului posibilitatea studierii pe timp mai îndelungat a unor fenomene şi sezisării anumitor aspecte caracteristice, a căror interpretare îl duc la concluzii ştiinţifice asupra stării sănătăţii populaţiei. Totodată îl orientează şi asupra direcţiei în care trebuie să activeze pentru înlăturarea deficienţelor şi ameliorarea situaţiei existente — desigur —, în felul acesta dîndu-i criterii valabile pentru verificarea obiectivă a eficienţei propriei sale activităţi, precum şi a celorlalte cadre.

Evidenţa activităţii şi problemelor circumscripţiei rurale — ca şi a

altor unităţi — este necesară deci în primul rînd pentru consemnarea sistematică, în timp, a unor date sau fenomene a căror analizare, interpretare şi generalizare justă poate semnala anumite probleme de ansamblu, fie în legătură cu starea de sănătate a populaţiei, fie cu munca depusă de cadrele circumscripţiei.

Există încă medici care nu apreciază la valoarea lor reală datele unei bune evidenţe, pe baza căreia să-şi poată cunoaşte mai exact circumscripţia cu problemele ei, să-şi verifice eficienţa muncii cu lipsurile acesteia şi să îmbunătăţească calitatea deservirii medico-sanitare a populaţiei respective.

Exactitatea datelor înregistrate, conştiinciozitatea muncii de evidenţă şi raportare sînt în funcţie de gradul de înţelegere a utilităţii şi necesităţii acestora.

Deoarece nu peste tot se înţelege valoarea unei evidenţe corecte (care adesea este privită ca un scop în sine) se observă frecvent înregistrări superficiale.

Dintre indicatorii prin care se exprimă starea de sănătate a populaţiei morbiditatea ocupă un loc important. De aceea ea trebuie să fie bine cunoscută de medicul circumscripţiei.

„Bolile constituie obiectivul direct al activităţii medicale şi de aceea o situaţie completă şi exactă a datelor asupra răspîndirii bolilor se află în strînsă legătură cu nivelul şi calitatea muncii instituţiilor medicale" (Batkis).

Cu toate acestea, practic la noi se acordă încă prea puţină importanţă cunoaşterii morbidităţii populaţiei în mediul rural, de către cadrele din teren.

Studierea morbidităţii deci trebuie să fie o metodă curentă, obişnuită, pentru cunoaşterea sănătăţii populaţiei şi în parte a rezultatelor activităţii cadrelor medico-sanitare. Totuşi, ea încă nu este utilizată ca atare în suficientă măsură.

Sîntem convinşi că o mare parte din medicii de circumscripţie se preocupă îndeaproape de cunoaşterea morbidităţii populaţiei de pe teritoriu. Insă instrumentul de bază de înregistrare în mediul rural, registrul de consultaţii, ca şi alte formulare, nu oferă în suficientă măsură elementele necesare în acest scop.

Desigur că elaborarea unui bun sistem de evidenţă şi raportare (simplu, cuprinzător, operativ) pentru circumscripţia sanitară rurală nu este de loc simplă şi uşoară.

Dacă la unităţile şi instituţiile medico-sanitare de la oraşe, această problemă este de acum în mare parte rezolvată, nu se poate spune acelaşi lucru privitor la unităţile din mediul rural. Nu este un secret pentru nimeni faptul că munca de evidenţă şi raportare a medicului de circumscripţie rurală în trecutul apropiat reprezenta un volum care — în ansamblul activităţii pe care trebuia să o desfăşoare — deţinea o proporţie ce depăşea cu mult limitele normal admise pentru această muncă. Medicul trebuia să ţină zeci de registre de evidenţă şi să întocmească lunar sau trimestrial tot atîtea rapoarte care îi răpeau o preţioasă parte a timpului său de muncă. Frămîntările, discuţiile, încercările de îmbunătăţire efec-

tuate în ultimii ani n-au reuşit să schimbe fondul problemei. Din acest punct de vedere însă ordinea şi simplificarea adusă de Direcţia statisticii medicale din Ministerul Sănătăţii în cursul anului 1954 a fost binevenită. S-a realizat o simplificare şi uniformizare a documentelor de înregistrare şi a dărilor de seamă, uşurînd în felul acesta considerabil munca medicului la acest capitol, eliberîndu-l pentru o activitate mai productivă.

Cu toate aceste îmbunătăţiri însă, se poate remarca faptul că nu s-au adus modificări structurale, esenţa, principiile şi metodele evidenţei şi raportării circumscripţiei rurale rămînînd aceleaşi.

Astfel, de exemplu, noul „registru de evidenţe" întruneşte într-un document unic vechile registre speciale pentru evidenţa tuberculozei, malariei, pelagrei, guşei etc., care s-au desfiinţat, reducînd în felul acesta la specificul local numărul de probleme medicale care trebuie ţinute în evidenţă ; de asemenea, „registrul de vaccinări pentru copii" pe fascicule însumează catagrafia copiilor cu datele referitoare la vaccinări ; darea de seamă a fost redusă ca volum, iar ca periodicitate a fost făcută semestrială (din trimestrială cum era înainte).

Străvechiul registru de consultaţii cu mici modificări de formă a rămas pe mai departe în uz, constituind ca şi pînă acum documentul care reprezintă în fond concepţia pe care se bazează actualul sistem. Nu s-a intrat deci mai adînc în rezolvarea aspectelor calitative ale metodelor de evidenţă primară la acest nivel.

Noi considerăm că este necesar şi posibil ca în circumscripţiile sanitare rurale, ţinînd seama de particularităţile organizării sanitare în mediul rural, să se introducă anumite metode de evidenţă mai bune, mai avansate, analoge cu cele de la oraşe. Unele încercări făcute în acest sens în trecut şi unele experienţe din ultimii ani la noi, precum şi înaintata experienţă sovietică, ne-au dovedit că acest lucru este posibil şi perfect realizabil, în anumite condiţii.

In mod curent, înregistrarea observaţiilor medicale se face cu ajutorul unor documente de evidenţă primară (registre, fişe, foi statistice, liste, tabele etc.).

Indiferent de locul şi formularul în care se face înregistrarea observaţiilor medicale, documentele de evidenţă primară — pentru a putea fi utile şi pentru a garanta o bază materială ştiinţifică în prelucrările ulterioare — trebuie să îndeplinească anumite condiţii, dintre care cele mai importante sînt următoarele:

— să fie simple, să ceară date strict necesare ;

— să fie clare, uşor de completat şi să permită înregistrări şi interpretări cît mai exacte;

— să permită o înregistrare evolutivă, în timp a fenomenelor şi observaţiilor medicale ;

— să fie operative, adică să reflecte prompt totalitatea observaţiilor referitoare la o problemă sau persoană, să permită semnalarea în orice moment a anumitor situaţii, în vederea luării măsurilor de ameliorare;

— să permită o prelucrare ulterioară simplă şi rapidă a datelor.

Din acest ansamblu de calităţi necesare, diferitele formulare de evidenţă întrunesc în general numai o parte din ele. Dar în special cele care

se referă la un specific de observaţie medicală (consultaţii, tratamente, dispensarizare, urmărire) ar trebui să întrunească totalitatea acestor calităţi.

In circumscripţia rurală înregistrarea morbidităţii se face cu ocazia consultaţiilor (de la dispensar, domiciliu, puncte de sănătate etc.) în registrul de consultaţii, iar pentru anumite probleme speciale (tuberculoză, boli venerice, malarie etc.), evidenţa primară se completează cu un „registru de evidenţe", un „registru de sifilis", un „registru de fişe A şi B" etc.

Discutînd numai registrul de consultaţii care constituie documentul de bază pe care se clădeşte întreg sistemul de evidenţă şi raportare al circumscripţiei sanitare rurale, vom remarca uşor că din calităţile enumerate mai sus, acesta posedă simplitatea, claritatea şi o oarecare operativitate în ce priveşte aprecierea şi prelucrarea doar volumetrică (cantitativă) a consultaţiilor şi tratamentelor. In schimb nu redă evolutiv starea de sănătate şi stările morbide ale populaţiei, nu permite înregistrarea şi urmărirea evoluţiei bolii de la depistare pînă la vindecare. De asemenea, se pretează greu la urmărirea zilnică a morbidităţii şi a tendinţei de evoluţie a acesteia.

Cît despre prelucrarea ulterioară a datelor de morbiditate pe care le conţine, aceasta nu se poate face decît cu preţul unor eforturi pe care medicii de circumscripţie încă nu s-au încumentat să le facă pînă acum (ne referim la prelucrarea detaliată a acestor date pe sexe, grupe de vîrstă, profesiune etc., care necesită mii de fişe de despuiere, răbdare şi timp îndelungat şi care pînă acum s-a făcut numai de către institutele de cercetări ştiinţifice).

Stabilirea şi codificarea cazurilor noi de boală în registrul de consultaţii este dificilă şi se pretează la greşeli; iar raportarea semestrială a morbidităţii cere medicului eforturi deosebit de mari, fără a oferi garanţia evitării unor greşeli importante în totalizarea datelor.

Bolile sînt foarte variate, ca şi condiţiile în care apar ele şi de care sînt strîns legate. De aceea, un studiu superficial, numeric, al bolilor în general, deşi acesta se face (şi se raportează), nu este suficient şi prezintă o valoare practică redusă pentru medicul de circumscripţie. Completarea sumară şi — putem spune — chiar birocratică a unor date, simpla lor enumerare cronologică, în registrul de consultaţii nu poate fi de natură să contribuie nici la ajutorarea medicului pentru îmbunătăţirea calităţii asistenţei, nici la studierea şi cunoaşterea profundă a cauzelor de boală şi a problemelor de sănătate din circumscripţie. Ele de cele mai multe ori rămîn „date moarte", uitate şi nestudiate de nimeni, ca urmare a lipsurilor pe care le prezintă această metodă de înregistrare a observaţiilor medicale (în registrul de consultaţii).

Considerăm deci că în etapa actuală, faţă de dezvoltarea reţelei de asistenţă medico-sanitară, faţă de concepţia curativo-profilactică şi metodele active de muncă care trebuie să stea la baza acestei asistenţe şi faţă de necesităţile de îmbunătăţire a calităţii muncii medicale în circumscripţia sanitară rurală — metoda evidenţei pe registrul de consultaţii nu mai corespunde şi trebuie înlocuită cu metode noi care să reme-

dieze lipsurile semnalate şi să apropie calitatea documentelor de înregistrare, de valoarea celor de la oraşe.

La oraşe documentul de bază pentru înregistrarea stărilor morbide în policlinica spitalului unificat — ca şi în toate serviciile ambulatorii de la oraşe — este fişa individuală de consultaţii.

Aceasta reprezintă în momentul de faţă forma şi metoda cea mai bună de evidenţă primară a evoluţiei bolii şi stărilor morbide şi a activităţii medicale, întrunind aproape toate calităţile necesare unui bun document de înregistrare.

Fişa e simplă, clară şi operativă, poate reda evolutiv starea de sănătate a fiecărui individ şi se pretează la prelucrări ulterioare directe, mult mai simple şi exacte. Ea oferă posibilitatea unei urmăriri active şi individualizate a unor persoane sau grupe de persoane. Ea ajută pe medic să studieze mai profund şi să analizeze mai just cauzele de îmbolnăvire, fiind astfel un mijloc eficace pentru studierea morbidităţii de pe un teritoriu delimitat.

In acelaşi timp fişa face posibilă aplicarea în practica medicală a celor mai înaintate metode de deservire medicală, cum e de exemplu metoda dispensarizării. Utilizarea fişei permite chiar o mai bună îngrijire curentă a bolnavilor.

E adevărat că fişa (fişele) nu sugerează tot atît de plastic ca registrul de consultaţii volumul activităţii şi observaţiilor medicale. Utilizarea „centralizatorului lunar al activităţii" suplineşte această lipsă. El oglindeşte operativ volumul activităţii zilnice şi lunare. Utilizarea lui are şi marele avantaj că permite — pe baza datelor pe care le cuprinde — să se completeze cu mare uşurinţă darea de seamă semestrială, fără să mai fie necesară culegerea şi calcularea unei serii de date din diversele registre de evidenţă. Toate aceste avantaje fac ca fişa de consultaţii să aibă o superioritate evidentă faţă de registrul de consultaţii. Introducerea ei la oraşe — datorită condiţiilor favorabile existente (populaţie densă, distanţe mici, mijloace de transport, instituţii şi cadre satisfăcătoare) — nu a întîmpinat dificultăţi, iar rezultatele obţinute sînt din cele mai bune din acest punct de vedere.

La sate însă, introducerea metodei de evidenţă pe fişe este o problemă mai dificilă, atît din punct de vedere teoretic, cît şi practic. Ideea introducerii fişei la nivelul circumscripţiilor rurale nu este nouă. Calităţile ei au determinat pe mai mulţi medici să încerce utilizarea acestei metode recunoscută ca fiind cea mai bună. De exemplu medicii de circumscripţie din plăşile model Gilău, Sălişte, Tomeşti, Lipova şi altele au utilizat în trecut fişe de consultaţii în activitatea lor, desigur pe baza altor principii.

In U.R.S.S. spitalele de circumscripţie rurală şi circumscripţiile fără spital lucrează cu ajutorul metodei de evidenţă pe fişe. Ba mai mult, delegaţia de medici care a vizitat Uniunea Sovietică, în urmă cu un an, a constatat utilizarea fişelor de consultaţii şi la nivelul punctelor sanitare de felceri.

La noi s-au introdus fişe la Podul Iloaiei, din 1950, şi s-au mai făcut încercări (1951) în cîteva circumscripţii rurale din raionul Oltenita

(Spitalul Budeşti şi circumscripţiile Radovanu, Şoldanu şi Luica), în unele dispensare rurale de copii cu staţionar, precum şi în 10 circumscripţii din raionul Piatra-Neamţ.

Acolo unde s-a înţeles utilitatea acestei metode şi au existat şi oarecare condiţii favorabile (de exemplu: spitalul de circumscripţie Budeşti şi cîteva dispensare de copii) metoda s-a încetăţenit şi se utilizează cu rezultate favorabile. In restul circumscripţiilor însă, metoda a fost repede abandonată. Obiecţiile aduse de medicii respectivi acestei metode au fost în esenţă următoarele:

— completarea fişei şi centralizatorului a răpit prea mult timp medicului şi pentru această muncă era necesar un cadru special;

— n-a putut fi utilizată decît pentru localitatea de sediu a circumscripţiei (din cauza distanţelor între dispensar şi punctele de sănătate);

— n-au existat fişe în număr suficient şi nici nu erau adaptate (ca formă) pentru mediul rural.

Desigur că şi acestea au fost la timpul lor cauze care au contribuit la insuccesul metodei. Dar, motivul principal credem că a fost lipsa de înţelegere a utilităţii ei, precum şi lipsa de conştiinciozitate şi interes din partea medicilor respectivi.

Unii medici din teren, deşi sînt de părere că introducerea fişei individuale de consultaţii la nivelul circumscripţiei sanitare rurale ar rezolva o serie de probleme în legătură cu urmărirea bolnavilor şi cunoaşterea morbidităţii, totuşi, cred că aceasta comportă „greutăţi foarte mari", legate de anumite condiţii organizatorice şi materiale necesare. Cel mai important impediment pe care aceştia îl remarcă este lipsa cadrului care va trebui să mînuiască evidenţele primare, întrucît medicul de circumscripţie nu va putea să caute fişa, să o înregistreze în cazul unui bolnav nou, în acelaşi timp să şi consulte, uneori să facă teren, iar întotdeauna seara să facă şi despuierea fişelor utilizate peste zi. Pentru aceasta ar fi necesar să se recruteze, pregătească şi să se salarizeze circa 2 000 de registratori medicali, lucru care ar fi — după ei — foarte greu realizabil în etapa actuală.

Acestea sînt părerile unor medici din teren. Dar oare acestea sînt argumente inatacabile?

Nu discutăm cazul spitalului Budeşti, care are un cadru special pregătit care rezolvă munca la fişier şi ai cărui medici, după cinci ani de utilizare a metodei de evidenţă pe fişe, nu-şi mai pot închipui cum ar mai lucra cu registre de consultaţii. Acesta este un exemplu elocvent că introducerea şi utilizarea fişei în toate spitalele din mediul rural este posibilă şi nu reprezintă o problemă prea complicată. De asemenea, în dispensarele rurale de copii cu staţionar.

In ce priveşte însă utilizarea ei în circumscripţiile fără spital, această problemă mai poate fi discutată.

Este adevărat că în mediul rural nu beneficiem de aceleaşi condiţii favorabile ca la oraşe. Instituţiile medicale sînt mici, ele nu dispun de cadre prea numeroase, iar populaţia este dispersată în localităţi şi colectivităţi mici, distanţate faţă de sediul circumscripţiei, cu căi de comunicaţie şi mijloace de transport mai greu accesibile.

Toate acestea ridică într-adevăr diverse probleme în legătură cu modalităţile de adaptare a metodei de evidenţă pe fişe la nivelul circumscripţiei sanitare rurale, dar în nici un caz ele nu pot constitui argumente şi greutăţi de nebiruit. Asupra acestor probleme vom reveni mai jos.

In ce priveşte greutăţile materiale (hîrtie, fişiere etc.), desigur că ele constituie o problemă importantă care în prespectivă însă se poate rezolva.

Problema unui cadru special pentru „mînuirea evidenţelor primare" ale circumscripţiei rurale nu este atît de simplă. Aceasta nu atît pentru motivul că ar fi dificilă recrutarea, pregătirea şi salarizarea acestor cadre, cît pentru faptul că ele cu greu şi-ar putea justifica existenţa. Desigur ar fi de dorit să existe dar, după cum vom vedea, ele nu sînt indispensabile, deoarece, din fericire, munca ce le-ar reveni este cu mult mai redusă şi mai simplă decît şi-au imaginat unii medici din teren.

Experimentarea care se face în prezent de Institutul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinii în două circumscripţii rurale de tipuri diferite a confirmat în primul rînd ipoteza că în etapa actuală, chiar şi acolo unde nu există toate condiţiile materiale şi unde dificultăţile ridicate de organizarea teritorial-administrativă sînt mari, este posibilă adaptarea şi utilizarea metodei de evidenţă primară pe fişe. Ba mai mult, credem că — în anumite condiţii — ea poate fi mult îmbunătăţită (şi făcută chiar superioară celei de la oraş), prin gruparea fişelor în plicuri familiale, ceea ce în oraşe nu este posibil din cauza existenţei multiplelor reţele de specialitate şi a localurilor diferite şi distanţate pentru fiecare reţea.

Deocamdată însă, plicul nu a fost experimentat.

Nu este în intenţia noastră de a anticipa rezultatele experienţelor care se fac (acestea vor fi publicate după terminarea cercetării). Dar din observaţiile făcute pînă la ora actuală, reiese clar că obiecţiile aduse de diverşi medici, care au încercat această metodă dar s-au descurajat repede, nu au o bază prea solidă.

In afara circumscripţiei cu spital, unde conducerea fişierului şi centralizarea datelor este mai complicată şi deci a fost necesară pregătirea şi repartizarea unui cadru sanitar mediu, în circumscripţia cu dispensar această muncă nu a necesitat nici un cadru special. Medicul singur — fără nici un ajutor — a putut să rezolve în cele mai bune condiţii întocmirea, mînuirea şi completarea fişelor, precum şi centralizarea zilnică a datelor. Completarea centralizatorului îi cere de exemplu circa 10 minute zilnic, iar dacă fişierul este bine organizat, găsirea unei fişe durează doar cîteva secunde. Desigur că sînt oarecare greutăţi în perioada de început, cînd pentru toţi bolnavii noi, medicul trebuie să completeze fişe, dar şi aici poate fi ajutat de un cadru mediu, care asistă la consultaţii şi care în prealabil completează datele personale ale bolnavului.

Un fişier bine pus la punct nu aduce greutăţi medicului de circumscripţie. Intocmirea raportului de activitate devine mai uşoară şi nu mai cere 3—4 zile de muncă cum este azi.

Obiecţiile aduse deci cu privire la „timpul răpit" şi la necesitatea

unui cadru special în circumscripţiile fără spital nu sînt atît de importante şi pot fi înlăturate.

Greutăţi mai serioase sînt cele în legătură cu utilizarea fişei pe întreg teritoriul circumscripţiei (ţinînd cont de dispersiunea localităţilor rurale). Se ştie că bolnavul din mediul rural poate beneficia de asistenţă medicală nu numai la instituţia centrală a circumscripţiei (spital sau dispensar), ci şi în mai multe puncte de pe teritoriu, situaţie care îngreunează utilizarea fişei în deplasările medicului. De altfel, nici în oraşe nu este rezolvată această problemă pentru consultaţiile care se fac la domiciliul bolnavilor, deşi aici ar fi simplu ca medicul de circumscripţie să ia cu el fişele bolnavilor care au solicitat asistenţa la domiciliu.

Dar în această situaţie specifică mediului rural, se pot găsi soluţii şi corective care să anuleze diferenţele de condiţii faţă de mediul urban.

De ea s-a legat de altfel o serie de alte probleme, care au necesitat o dezlegare practică.

Dintre acestea, cele mai importante au fost următoarele:

1. Unde trebuie păstrate fişele bolnavilor care nu locuiesc la sediul circumscripţiei: la dispensar sau în locul (punctul) unde se acordă cele mai multe consultaţii pentru populaţia respectivă? (Fişier central sau descentralizat ?).

2. Care trebuie să fie modalităţile de utilizare a fişei pentru populaţia localităţilor şi colectivităţilor dinafara sediului circumscripţiei ?

3. Care trebuie să fie metodele de legătură dintre dispensarul circumscripţiei şi punctele de sănătate în legătură cu utilizarea fişei pentru întreaga populaţie din circumscripţie?

La aceste probleme nu s-a putut răspunde şablon, ci potrivit condiţiilor locale, de la caz la caz.

In ce priveşte locul de păstrare a fişei, experimentul a mers pe ambele căi: în circumscripţia cu spital se foloseşte fişierul central (la ambulator), iar în circumscripţia fără spital, fişierul descentralizat (la dispensar şi la punctele de sănătate).

Ambele situaţii au ridicat probleme serioase, atît teoretice, cît şi practice privitoare la utilizarea fişei în localităţile periferice şi la metodele de legătură cu sediul circumscripţiei.

Recunoscînd că este de dorit ca medicul să aibă la dispoziţie fişa bolnavului, atunci cînd îl consultă, noi nu putem pretinde totuşi ca acest lucru să se execute cu uşurinţă totdeauna, iar uneori renunţăm la realizarea acestui deziderat.

Pentru realizarea acestui ţel, metodele preconizate şi puse în experiment în cazul spitalului de circumscripţie cu fişier central au fost următoarele:

a) Transportul fişelor. In cadrul fişierului central fişele sînt aşezate pe localităţi în sertare separate. Medicul consultant de teren, cu ocazia deplasărilor la punctele de sănătate din circumscripţie, transportă într-o cutie specială toate fişele locuitorilor din comunele respective. Metoda a fost practicată în plăşile sanitare, care dispuneau însă de maşină. Metoda are avantajul că medicul consultant de teren are fişa în permanenţă la dispoziţie la locul consultaţiei, dar practic ea este legată de anumite

greutăţi şi riscuri (trebuie să existe un mijloc de transport permanent la dispoziţia medicului, încărcarea şi descărcarea fişelor, eventuale deteriorări ale fişelor etc.).

In acest caz deci fişa stă la centru (la spital) şi poate fi utilizată de toţi medicii specialişti ai spitalului în timpul săptămînii, iar o zi pe săptămînă ea este transportată de medic în localitatea de domiciliu a bolnavului.

In această zi însă ea lipseşte de la spital şi în eventualitatea că un bolnav din comuna în care s-a deplasat medicul în aceeaşi zi se prezintă la spital pentru o consultaţie de specialitate, medicii specialişti nu au la îndemînă fişa, ceea ce constituie un inconvenient serios al acestei metode. Această metodă este în curs de experimentare.

b) Fişa centrală cu anexă de teren. In acest caz fişele tuturor locuitorilor din circumscripţie se păstrează în permanenţă la centru, iar pe teren, la nivelul fiecărui punct de sănătate, se găseşte cîte un registru de consultaţii alfabetic (anexa de teren a fişei) în care se consemnează, în rubrici aparte pentru fiecare locuitor, aceleaşi date pe care le conţine fişa centrală, cît şi consultaţiile făcute de medicul de teren la punctul de sănătate (ba chiar şi tratamentele făcute de cadrele medii). Pentru fiecare punct de sănătate trebuie să existe cîte un registru alfabetic aparte.

Schimbul de date între fişele centrale şi registrul anexă se face periodic la intervale regulate (de preferat săptămînal), operaţie care se execută de către cadrul mediu al punctului de sănătate (care vine la spital în acest scop), împreună cu registratorul de la fişierul central. Cu această ocazie se trec în fişe datele înregistrate pe teren şi invers, în registrul alfabetic, consultaţiile acordate la ambulator.

Metoda este mai completă şi înlătură dezavantajele metodei precedente, dar prezintă dezavantajul unei duble înregistrări şi a necesităţii deplasării periodice la centru a cadrelor medii de la punctele de sănătate de pe teritoriu. Ea poate fi aplicată şi este necesară numai în cazul circumscripţiilor cu spital cu secţii. Şi această metodă se experimentează.

In circumscripţia fără spital, unde se experimentează fişierul descentralizat, s-a pus în aplicare o altă metodă.

c) Fişa cu biletul de trimitere. Fişele se păstrează la dispensar pentru locuitorii comunei de sediu a circumscripţiei, iar pentru locuitorii celorlalte comune şi colectivităţi muncitoreşti agricole, la punctele de sănătate respective, adică acolo unde se acordă majoritatea consultaţiilor pentru populaţia respectivă.

Medicul circumscripţiei, cu ocazia deplasărilor la punctele de sănătate, are la dispoziţie acolo fişele bolnavilor locali.

In cursul săptămînii, cînd medicul se găseşte la sediul circumscripţiei, bolnavii din celelalte localităţi se prezintă la punctul lor de sănătate, de unde conducătorul punctului — la nevoie sau la cererea bolnavilor — eliberează un „bilet de trimitere“ cu care aceştia merg la dispensarul circumscripţiei pentru a fi consultaţi, revenind apoi cu răspunsul la punctul de sănătate.

Subliniem că biletul de trimitere poate fi pus în aplicare acolo unde

Model de Registru de consultaţii alfabetic tip

Registrul va fi suficent de lat, spre a permite înscrieri pe mai mulţi ani

Nr. crt.	Nume pronume Data naşterii sex	Nr. Fiş.	Consultaţii şi Tratamente						
			Medic				Felcer sau oficiant sanitar		
	C. M. 1939 V 10 F.	1245	27. V. 55 Cortico-pleurită dreaptă Inj. Ca+Vit.C	17. VII.55 Apendicită cronică	→	28.V-10.VI 10 inj. Ca+Vit.C	15. VII Carie dent. Extracţie		→
1			43	51		×	× 45	×	
	Ch. M. 1944 XII 5 F.	1248	6. V. 55 Oxiuroză Rp.	7. VI. 55 Apendicită cronică Spital		17. VI Plagă post-operat.Pans. 17. VI 20. VI 23. VI	20. VIII Furunculoză Pans.		
2			12	51		×	× 67	×	
	C. T 1926 III 7 F.	1810				6. V. 55 Pelagră 30 Vit. P.P.	10. V Pelagră 30 P.P.		
3						× 21	×	×	

× Codificarea se va face numai de medic

marea majoritate a consultaţiilor (75%) se fac la punctul de sănătate, în mod planificat, sau acolo unde s-a reuşit întărirea rolului şi răspunderii cadrului mediu care conduce punctul, deoarece acesta trebuie să aibă autoritate, să se bucure de încrederea populaţiei.

Acestea sînt metodele care se experimentează în prezent. Ele încă nu sînt perfecte, dar se îmbunătăţesc mereu, chiar în mers. Ceea ce dorim să mai arătăm este că metodele de mai sus nu trebuie considerate ca unicele metode posibile.

Pentru utilizarea evidenţei pe fişe, mai pot fi folosite şi adaptate (potrivit specificului local) şi alte metode.

Intr-o fază de tranziţie se pot utiliza şi metode mixte (fişe pentru locuitorii de la reşedinţă, registru de consultaţii pentru celelalte localităţi). De asemenea, se poate utiliza şi registrul alfabetic de consultaţii singur, fără fişe. El poate constitui un bun început pentru acomodarea medicilor de circumscripţie, cu metoda superioară a evidenţei pe fişe.

Registrul alfabetic de consultaţii este clar, permite o înregistrare evolutivă a fenomenelor şi se pretează mai bine decît registrul de consultaţii la prelucrări ulterioare, însă mai puţin bine decît fişa.

Registrul alfabetic de consultaţii va fi utilizat mai uşor în localităţile cu un număr mic de populaţie, deoarece în localităţile cu număr mare de populaţie aglomerarea pe litere de alfabet ar îngreuna găsirea rapidă a bolnavului respectiv.

Conceput într-un model simplu (conţinînd cîte 2—3 persoane pentru o pagină), divizat în fascicule pe localităţi ca să fie uşor transportabil, ar putea fi mai util decît actualul registru de consultaţii.

Subliniem însă că registrul alfabetic, ca metodă de evidenţă primară, poate fi aplicat numai în circumscripţiile fără spital sau dispensar de copii.

In circumscripţiile cu spital poate fi utilizat doar ca anexă (de teren) a fişei individuale de consultaţii, aşa cum am arătat mai înainte.

In aceste circumscripţii se va putea trece cu timpul la introducerea fişei, aplicîndu-se potrivit condiţiilor locale, una dintre cele mai adecvate metode pentru utilizarea ei în afara sediului circumscripţiei.

In circumscripţiile fără spital compuse dintr-o singură localitate sau din mai multe localităţi foarte apropiate de sediu, desigur, se poate utiliza de la început — ca la oraşe — fişierul unic (central), fără alte metode de legătură, deoarece consultaţiile se acordă numai la dispensar şi domiciliu. In plus, în aceste situaţii s-ar putea utiliza mai uşor decît în alte circumscripţii şi plicul familial amintit mai sus, care ar grupa toate fişele membrilor unei familii.

Acesta ar constitui un preţios ajutor în munca medicului de circumscripţie, deoarece înregistrarea amănunţită şi consecventă a fenomenelor şi observaţiilor medicale, atît pe individ cît şi pe familie îi dă acestuia nu numai o simplă tabelă cronologică a evenimentelor patologice din viaţa unui individ (care este şi ea foarte utilă), ci îi permite, după un timp oarecare, analizarea colectivă a stării de sănătate a familiei respective, observarea anumitor înlănţuiri de fenomene patologice caracteristice unei

familii şi chiar a influenţelor exercitate de diverşi factori de mediu (de viaţă şi de muncă).

In felul acesta „...meditînd asupra cauzelor care provoacă mortinatalitatea sau imaturitatea frecventă în diverse familii, analizînd cauzele mortalităţii infantile etc., un medic atent şi energic poate căpăta răspuns la multe probleme..." (Lecarev).

De aceea, considerăm şi noi alături de autorul sovietic Lecarev că „acest sistem este fără îndoială superior celorlalte".

In legătură cu aplicarea practică a metodei de evidenţă pe fişe, se mai pot face şi alte precizări.

Astfel, odată cu introducerea metodei de evidenţă pe fişe, se registru de consultaţii dispare ca document de bază pentru înregistrarea consultaţiilor date populaţiei de pe teritoriul circumscripţiei, fiind total înlocuit cu fişa individuală de consultaţii. El se mai păstrează numai pentru înregistrarea consultaţiilor acordate bolnavilor extrateritoriali (dinafara circumscripţiei), cărora nu li se întocmesc fişe.

In rest, evidenţa circumscripţiei nu necesită modificări, menţinîndu-se în uz actualele documente de evidenţă.

Utilizarea fişei impune şi introducerea centralizatorului lunar al activităţii.

Pentru a extrage din fişe datele necesare întocmirii dării de seamă semestriale, ar trebui luate fişă cu fişă şi numărate consultaţiile date în perioada respectivă, lucru foarte greu, migălos şi pasibil de erori.

Centralizatorul permite înregistrarea zilnică cu exactitate a numărului de consultaţii şi tratamente, a locului unde se acordă ele, a felului lor şi a altor date cerute de formularul dării de seamă, precum şi repartizarea cazurilor noi de boală pe cele 90 de cauze (conform codului). In felul acesta centralizatorul este oglinda fidelă a activităţii zilnice de asistenţă medicală şi a morbidităţii din circumscripţie, furnizînd în orice moment datele necesare cunoaşterii problemelor din circumscripţie şi întocmirii dărilor de seamă.

Cît despre fişa propriu-zisă, vom remarca faptul că în mediul rural — indiferent de tipul circumscripţiei — sînt necesare în general numai două feluri de fişe: fişa adultului şi fişa copilului de la 0 la 15 ani. (In mod excepţional şi numai în circumscripţiile cu spital care au secţie de ginecologie-obstetrică, se poate folosi şi o a treia fişă: fişa femeii). Cele două feluri de fişe sînt suficiente pentru înscrierea tuturor observaţiilor medicale, indiferent de specialitate. Pentru tratamente diverse în serie vor putea exista foi anexe de tratament (generale, antituberculoase, antimalarie etc.), al căror rezumat se va consemna şi în fişă. Pentru tratamentele antisifilitice se va putea păstra actualul „registru de sifilis", trecîndu-se însă şi în fişa bolnavului respectiv rezultatul fiecărei serii executate (exemplu: 1.X — 15.XI — 10 inj. Neo = 6,50 g + 10 inj. Bi) şi reacţiile serologice.

Fişierul se organizează pe localităţi (dacă este central), iar în interiorul localităţilor, întîi se separă fişele adulţilor de cele ale copiilor şi apoi fiecare grupă se aranjează pe alfabet.

Accentuăm că separarea fişelor de adulţi şi de copii trebuie făcută

chiar şi în circumscripţiile cu un singur medic, deoarece problemele pe care le ridică fiecare din cele două grupe necesită o urmărire diferenţiată. Această separare este necesară şi în cazul aplicării registrului de consultaţii alfabetic (dacă e folosit ca înlocuitor al fişei).

In circumscripţiile în care există şi dispensar rural de copii cu staţionar — dacă acesta din urmă nu se află în aceeaşi clădire cu dispensarul circumscripţiei sau e prea îndepărtat — fiecare dispensar trebuie să aibă cîte un fişier aparte; dispensarul circumscripţiei va utiliza fişierul adulţilor, iar dispensarul de copii va utiliza fişierul copiilor.

Pentru evidenţa fişelor întocmite, în circumscripţiile fără spital este suficient un repertoar alfabetic, deoarece fişele sînt relativ puţine, iar numerotarea fişelor nu prezintă o importanţă atît de mare, ca să justifice existenţa unui formular în plus în acest scop.

In schimb, în circumscripţiile cu spital, unde există un cadru special pentru munca la fişier şi unde rulajul bolnavilor e mai mare, folosirea registrului de numerotare a fişelor nu poate fi evitată.

Tot aci mai putem arăta că utilizarea fişelor permite o evidenţă operativă a diverselor probleme din circumscripţie cu ajutorul călăreţilor colorati (de exemplu: albaştri pentru tuberculoză, portocalii pentru sifilis, galbeni pentru malarie, roşii pentru gravide etc.), în aşa fel că simpla deschidere a unui sertar din fişier ne poate oglindi instantaneu frecvenţa diverselor probleme medicale din circumscripţie.

In ce priveşte plicul familial, sîntem de părere că acesta se pretează bine în toate circumscripţiile rurale, cu excepţia celor cu două fişiere (cazul dispensarelor de copii distanţate de dispensarul circumscripţiei), care ar ridica greutăţi însemnate în aplicarea şi utilizarea acestei metode. Introducerea şi utilizarea lui rămîne însă ca un deziderat de perspectivă. El a fost experimentat în plăşile Gilău şi Săliste, cu mulţi ani în urmă.

E bine să subliniem de pe acum că succesul aplicării metodei de evidenţă pe fişe la sate în etapa actuală depinde de conştiinciozitatea în muncă a medicului de circumscripţie, de exactitatea şi regularitatea înscrierii zilnice a datelor de evidenţă, de ordinea pe care o ţine la fişier şi de dorinţa lui de a îmbunătăţi — prin metode noi, mai avansate — nivelul calitativ al asistenţei ce o acordă.

Pentru aceasta este necesar ca el să înţeleagă în prealabil rostul şi utilitatea acestei metode, să simtă necesitatea fişei individuale de consultaţii, care îi permite o mai bună supraveghere a bolnavului şi cunoaşterea rezultatelor îngrijirii acestuia.

In aceeaşi măsură însă, se cere din partea organelor de conducere ale ocrotirii sănătăţii înţelegerea necesităţii şi oportunităţii aplicării acestei metode noi în munca circumscripţiei rurale.

★

Faţă de cele de mai sus, considerăm că fişa de consultaţii poate fi utilizată în mediul rural. Desigur, nu ne aflăm în etapa de a propune generalizarea acesteia la nivelul tuturor circumscripţiilor sanitare rurale. Noi ridicăm această problemă, o punem în discuţie şi sîntem siguri că,

pe baza experienţei lor bogate, cadrele din teren vor lua poziţie faţă de această problemă, aducînd o contribuţie preţioasă în această direcţie. Paralel cu aceasta, ţinînd seama de disponibilul de hîrtie şi fişe, fişele de consultaţii vor putea fi introduse în primul rînd la unele circumscripţii rurale cu spital şi mai ales acolo unde cadrele manifestă interes pentru problemă.

Articol intrat în redacţie în noiembrie 1955.

★

Об улучшении системы учета в сельских врачебных участках

Авторы считают, что применяемый в настоящее время в сельской обстановке учет заболеваемости на основании записей в амбулаторном журнале требует улучшения или же его замены.

В этих целях они предлагают применение учета при помощи индивидуальных карт при определенных организационных и функциональных условиях. Они не предлагают генерализацию этого метода, но поднимают этот вопрос с целью его широкого обсуждения.

В качестве проблемы, подлежащей обсуждению, они ставят вопрос о методе учета амбулаторных посещений на основании алфавитной книги и метод использования семейного конверта—дела.

Авторы полагают, что дифференцированное применение этих методов вместе с созданием необходимых материальных условий, поведут к улучшению медицинского обслуживания трудящихся на селе.

★

Sur l'amélioration du système d'évidence des malades dans les circonscriptions médico-sanitaires rurales

Les auteurs estiment que l'enregistrement actuel de la morbidité dans le milieu rural sur le registre de consultations nécessite soit une amélioration notable, soit un changement complet.

Ils proposent, à cette fin, l'évidence à l'aide des fiches individuelles, dans certaines conditions d'organisation et de fonctionement du service. Il ne proposent pas d'emblée la généralisation de la méthode ; ce qu'ils poursuivnet surtout, c'est une discussion publique de la méthode préconisée.

De même les auteurs suggèrent, d'analyser au cours de cette discusion, la méthode d'enregistrement des consultations sur le registre alphabètique et l'utilisation d'une enveloppe familiale commune.

Les auteurs, estiment que l'application sélective des méthodes mentionées, en même temps que la création des possibilités matérielles nécessaires, pourront conduire à une amélioration de la qualité de l'assistance médicale acordée à la population qui travaille à la campagne.

Clasificaţia (codul) bolilor în studiul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă

Dr. Ion Lăpuşan

Lucrare efectuată la Institutul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei, sub îndrumarea prof. dr. T. Ilea.
Prelucrare statistică efectuată de: Elena Tudorache, Gh. Zamfir, Dana Ciochia şi I. Udrescu.

Pentru efectuarea studiului morbidităţii şi mortalităţii populaţiei, o condiţie indispensabilă este gruparea cazurilor de îmbolnăvire pe boli, pe forme nosologice.

Această grupare are la bază codificarea diagnosticelor, operaţie care constă din înscrierea unui cifru de cod în dreptul diagnosticului, care serveşte apoi la organizarea şi repartizarea materialului în raport cu structura şi dinamica morbidităţii sau mortalităţii, respectiv cu frecvenţa răspîndirii acestora în colectivitatea studiată.

Codificarea diagnosticelor şi gruparea consecutivă a cazurilor de îmbolnăvire se face pe baza unei clasificaţii a bolilor. După cum se ştie, atît în studiul morbidităţii, cît şi al mortalităţii s-au elaborat de multă vreme clasificaţii, care în decursul timpului au fost modificate şi completate în conformitate cu concepţiile şi progresele realizate în dezvoltarea medicinei.

Există în prezent clasificaţii detaliate, cuprinzînd întreaga nomenclatură a bolilor, pe baza cărora s-au regrupat clasificaţii mai restrînse, corespunzătoare studiului morbidităţii şi mortalităţii, precum şi a diferitelor aspecte caracteristice acestora şi a obiectivelor urmărite în cadrul studiilor.

Elaborarea unei clasificaţii a bolilor reprezintă o problemă metodologică de mare importanţă, care cere o analiză ştiinţifică complexă şi minuţioasă a structurii şi dinamicii fenomenelor, la a căror studiu trebuie să servească.

Clasificaţia bolilor constituie un îndreptar metodologic cu ajutorul căruia cazurile de îmbolnăvire se grupează după anumite criterii în vederea sintetizării şi generalizării observaţiilor cuprinse în evidenţa primară. Clasificaţia trebuie să servească medicului la cunoaşterea structurii şi dinamicii morbidităţii pentru caracterizarea stării de sănătate a colectivităţii pe care o deserveşte, pentru scoaterea în evidenţă a formelor nosologice cu o frecvenţă mai mare şi evoluţia acestora în raport cu factorii de mediu şi eficienţa activităţii medico-sanitare.

Clasificaţia bolilor trebuie să permită o astfel de sistematizare a cazurilor de îmbolnăvire pe forme şi grupe nosologice, care să ducă la stabilirea cauzelor îmbolnăvirilor şi a factorilor care duc la dezvoltarea proceselor morbide.

Pentru aceasta, o clasificaţie ştiinţifică trebuie să se bazeze atît pe concepţia cea mai înaintată, cît şi pe concepţiile mai vechi, ţinînd seama de răspîndirea acestor concepţii în masa muncitorilor sanitari, să aibă deci în vedere condiţiile concrete din practica activităţii de ocrotire a sănătăţii.

P. A. Kuvşinikov în lucrarea „Noua clasificaţie şi nomenclatură a bo-

lilor" — „Revista ocrotirii sovietice a sănătății" nr. 1/1953 arată că noua clasificație a bolilor introdusă în U.R.S.S. în 1953 nu se bazează decît parțial pe concepția pavlovistă și în cea mai mare parte pe concepția veche, localicistă.

Invățătura pavlovistă deși reprezintă concepția cea mai înaintată a medicinei, n-a ajuns în stadiul în care să poată schimba radical orientarea cadrelor medicale, terminologia utilizată în denumirea bolilor și în consecință să determine un nou mod de sistematizare și grupare a acestora după criterii etio-fiziopatologice. Introducerea unei clasificații noi, bazată pe o concepție nouă, este condiționată de o orientare și mentalitate nou creată, corespunzătoare aplicării unei astfel de clasificații.

Clasificația bolilor trebuie să fie în același timp simplă și accesibilă fiecărui medic care trebuie să studieze starea de sănătate a populației pe care o deservește, în vederea aprecierii calitative a rezultatelor muncii sale și a luării unor măsuri corespunzătoare de îmbunătățire a acesteia.

Clasificația bolilor trebuie să corespundă principiului de bază al oricărei cercetări științifice, de a da posibilitatea analizei calitative specifice a esenței materiale a fenomenului cercetat.

Ediția a IV-a a clasificației și nomenclaturii generale a bolilor introdusă în U.R.S.S. din 1953 cuprinde 28 de clase dezvoltate în 50 de grupe de boli, iar acestea în 238 de cifre de cod și 435 de litere de cod, reprezentînd boli, stadii și forme variate ale bolilor. Desigur că această clasificație nu este elaborată pentru a se utiliza în cercetarea curentă a morbidității, ci servește numai unei juste nomenclaturi, sistematizări și încadrări a formelor nosologice după criterii științifice și în cadrul diferitelor cercetări științifice pentru selecționarea formelor nosologice sau în raportarea morbidității. Astfel, pentru cunoașterea morbidității în unitățile curativo-profilactice se utilizează clasificații mai restrînse, rezultate din regruparea clasificației detaliate. G. A. Batkis redă în lucrarea „Organizarea ocrotirii sănătății" codul restrîns utilizat în unitățile din U.R.S.S. pe 56 de boli. A. M. Merkov în lucrarea „Metode de studiere a morbidității generale" — „Revista Ghighiena i sanitaria" nr. 3/1955 — arată că în 1953 morbiditatea din dările de seamă ale policlinicilor din U.R.S.S. a fost raportată pe un cod de 50 de boli. La noi pentru cercetarea morbidității generale se utilizează o clasificație de 90 de boli, iar pe rețelele de specialitate (pediatrie, obstetrică-ginecologie, tuberculoză, dermato-venerologie) există coduri speciale.

Necesitatea unei clasificații mai restrînse decurge și din faptul că nomenclatura completă a bolilor este foarte largă și utilizarea ei ar determina o dispersie prea mare a cazurilor, ducînd la cifre mici, care determină variații exagerate și neconcludente ale indicilor.

Pe de altă parte, un număr însemnat de boli se întîlnesc rar și, fie că numărul lor este foarte mic și nesemnificativ, fie că nu prezintă de loc cazuri.

Dacă toate aceste considerații sînt valabile pentru studiul morbidității pe baza consultațiilor curente, cu atît mai mult prezintă importanță pentru studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă. In cazul acesteia din urmă, multe boli nu prezintă incapacitate temporară sau aceasta este de un volum redus.

De aceea, aşa cum există clasificaţii restrînse pentru studiul morbidităţii generale şi pe anumite specialităţi, elaborate pentru a putea grupa îmbolnăvirile în forme nosologice, după anumite criterii, în raport cu specificul şi caracteristicile speciale ale acestora, tot aşa este necesară o clasificaţie a bolilor pentru studiul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, prin care să se poată scoate în evidenţă caracteristicile sale cantitative şi calitative speciale.

Avînd în vedere că studiul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă trebuie să se efectueze pe două căi, a studiului curent şi a studiului aprofundat (vezi articolele „Consideraţii asupra metodelor de cercetare a morbidităţii din întreprinderi" şi „Metodologia cercetării morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă" din nr. 1 şi nr. 3/1955 ale „Revistei de ocrotire a sănătăţii" de acelaş autor), fiecare din aceste căi avînd o metodologie diferită, caracteristică, legată de obiectivele urmărite, sînt necesare şi clasificaţii deosebite, care să corespundă caracterului studiului.

Pentru studiul curent este necesară o clasificaţie mai restrînsă, care să cuprindă formele nosologice care dau îmbolnăvirile cele mai frecvente sau, chiar dacă frecvenţa lor nu este prea ridicată, dau o incapacitate mare de muncă, avînd importanţă ca probleme de urmărire curentă. Întrucît este vorba de o evidenţă şi prelucrare operativă, o clasificaţie mai largă ar împiedica un astfel de studiu şi n-ar duce la concluzii practice. Studiul făcîndu-se pe intervale de timp scurte, cifrele pe clasificaţia largă ar fi mici şi neconcludente.

Studiul aprofundat presupune în schimb o analiză mai detaliată făcută la intervale mai mari de timp şi pe un volum mai mare de material. De aceea, pentru acest studiu este necesară o clasificaţie mai largă, care să exprime mai detaliat structura şi dinamica morbidităţii pentru stabilirea tuturor factorilor cauzali şi a tendinţei morbidităţii.

In U.R.S.S. elaborarea clasificaţiilor pentru studiul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, atît pentru studiul curent, cît şi pentru cel aprofundat, are un istoric de peste 20 de ani.

Astfel, pentru studiul curent au fost elaborate pînă acum trei clasificaţii folosite în raportul lunar al morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, raport cunoscut în U.R.S.S. sub indicativul „Z—1".

Prima clasificaţie a apărut în 1933 şi a conţinut opt grupe de boli, restul bolilor fiind incluse în grupul altor boli. Această clasificaţie s-a lărgit în 1939 la 14, iar în 1945 la 17 grupe nosologice. Ultima ediţie cuprinde două numere de cod fără indicarea bolii, care urmează să se completeze de medicul unităţii cu acele boli care se adaugă ca boli caracteristice pentru morbidítatea cu incapacitate temporară de muncă din întreprinderea respectivă.

La noi, Direcţia statisticii medicale din Ministerul Sănătăţii a elaborat, după modelul clasificaţiei sovietice de 17 boli, o clasificaţie de 20 de boli, care a fost introdusă în sistemul de evidenţă şi raportare a unităţilor medico-sanitare din întreprinderi de la 1 ianuarie 1953. Ea serveşte la întocmirea raportului lunar către C.C.S. şi a raportului semestrial către Ministerul Sănătăţii.

După cum am văzut, pentru studiul aprofundat este necesară o dezvoltare mai mare a studiului pe boli, pentru a se permite o analiză mai

adîncă a morbidității. Pentru aceasta nu se poate utiliza nici clasificația generală a bolilor și nici clasificația utilizată în studiul morbidității generale, ci este necesară o clasificație care să corespundă caracteristicilor specifice și detaliate ale morbidității cu incapacitate temporară de muncă.

Este nevoie deci de o clasificație stabilită pe baza clasificației generale a bolilor, în care să se individualizeze toate formele nosologice care au importanță și caracterizează morbiditatea cu incapacitate de muncă, permițînd o analiză structurală și dinamică mai detaliată.

O astfel de clasificație trebuie să aibă corespondență cu clasificația restrînsă a bolilor, în scopul de a se putea face integrarea unei clasificații în cealaltă și pentru a se putea face comparațiile necesare. Aceasta este de altfel o condiție obligatorie în elaborarea tuturor clasificațiilor bolilor.

Dintre autorii sovietici, O. Navrotki recomandă pentru studiul aprofundat o clasificație de 44 forme nosologice (în „metoda de studiu a morbidității din întreprinderi și a traumatismului" — Editura Medicală de Stat a U.R.S.S., Kiev 1951), iar N. A. Vigdorcik propune o clasificație de 54 forme nosologice (în „Metoda de studiu a morbidității cu incapacitate de muncă", Leningrad 1948). Clasificația propusă de N. A. Vigdorcik a fost elaborată în 1944 de Institutul de igiena muncii al Academiei de științe medicale din U.R.S.S. Autorul arată că această clasificație a fost elaborată din necesitatea de a unifica diferitele variante ale clasificației detaliate, pentru a crea o clasificație unitară de studiu în toate cercetările efectuate de institutele de cercetări științifice.

I. C. Hoțianov și A. I. Ammoreskaia în „Indrumări metodice cu privire la ținerea evidenței, prelucrarea și analiza cazurilor de îmbolnăvire cu incapacitate de muncă" (Editura de Stat pentru literatură medicală — Medghiz — 1954, Moscova), propun în 1954 o clasificație nouă pentru studiul aprofundat de 79 forme și grupe nosologice.

La noi nu s-a elaborat pînă acum o clasificație detaliată și unitară pentru studiul aprofundat al morbidității cu incapacitate de muncă.

Cercetătorii care au efectuat astfel de studii au utilizat clasificații diferite.

In cercetările noastre anterioare am utilizat o clasificație de 34 și una de 30 de forme nosologice. In alte cercetări nu s-a încercat elaborarea unei clasificații deosebite, ci s-a utilizat clasificația de 90 de cauze din studiul morbidității generale cu unele modificări.

★

In cercetarea noastră am căutat să răspundem necesităților de a avea atît o clasificație corespunzătoare pentru studiul curent, cît și a elaborării unei clasificații unitare pentru studiul aprofundat al morbidității cu incapacitate de muncă.

Cercetarea a avut în această direcție două obiective: primul obiectiv a constat în analiza critică a clasificației de 20 de boli, în vederea îmbunătățirii ei pentru studiul curent; al doilea obiectiv a urmărit elaborarea unei clasificații noi pentru studiul aprofundat.

In acest scop s-a analizat structura morbidității cu incapacitate temporară de muncă de la trei întreprinderi din care două întreprinderi me-

talurgice cu 7 279 şi respectiv 823 de salariaţi şi o întreprindere textilă cu 1 201 salariaţi în medie pe anul 1953.

Datele morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă din cele trei întreprinderi au fost repartizate în vederea studiului pe un număr de 9 coduri, utilizate în studiul morbidităţii cu incapacitate de muncă. Unele din acestea utilizate la noi, iar altele utilizate în U.R.S.S.

Clasificaţiile utilizate pentru comparaţie au fost următoarele:

1. O clasificaţie de 90 de boli utilizată în R.P.R. în studiul morbidităţii generale.
2. O clasificaţie de 20 de boli utilizată în R.P.R. în studiul curent al morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.
3. O clasificaţie de 17 boli utilizată în U.R.S.S. în studiul curent al morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.
4. O clasificaţie de 44 de boli recomandată de K. Navroţki, pentru studiul aprofundat.
5. O clasificaţie de 54 de boli recomandată de N. A. Vigdorcik în U.R.S.S., pentru studiul aprofundat.
6. O clasificaţie de 79 de boli recomandată de L. C. Hoţianov şi A. I. Ammoreskaia (8) pentru studiul aprofundat.
7. O clasificaţie de 30 de boli elaborată şi utilizată de Centrul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinii înainte de 1953.
8. O clasificaţie de 51 de boli elaborată în prima etapă a cercetării în 1953, pentru studiul aprofundat.
9. O clasificaţie de 63 de boli elaborată în a doua etapă a cercetării în 1954, pentru studiul aprofundat.

Ca orientare generală şi ca ordine a înscrierii bolilor în cod s-a folosit schema clasificaţiei sovietice noi din 1953, pe 28 de clase de boli.

Vom prezenta mai întîi concluziile analizei şi aprecierile critice asupra clasificaţiei de 20 de cauze, utilizată în studiul curent.

In legătură cu primul obiectiv, din analiza datelor de la cele trei întreprinderi, rezultă că unele forme sau grupe nosologice care sînt separate în clasificaţia de 20 de boli prezintă indici de greutate specifică, atît pentru cazuri, cît şi pentru zile, mult scăzuţi faţă de restul bolilor.

Remarcăm în această categorie în special bolile profesionale şi sifilisul cu indici sub 1%. Bolile de dinţi şi cavitate bucală şi grupul nevralgii-nevrite-radiculite prezintă de asemenea indici în general mai scăzuţi.

Dintre acestea, bolile profesionale, deşi au foarte puţine cazuri sau nu au de loc (întreprinderea nr. III), au o importanţă deosebită în caracterizarea morbidităţii întreprinderii, fiind determinate direct şi exclusiv de factorii nocivi de mediu. Separarea lor în cod are un rol semnalizator în depistarea şi cunoaşterea acestor factori şi a insuficienţei măsurilor de protecţia muncii. De aceea, chiar dacă frecvenţa lor este mică, ele totuşi trebuie să apară în clasificaţie, pentru a semnaliza imediat influenţa noxelor profesionale.

Grupul nevralgii-nevrite-radiculite (în care majoritatea sînt nevralgiile) au o contingenţă strînsă cu factorii de mediu (schimbări brusce de temperatură, curenţi de aer etc.).

Cît privește sifilisul și bolile de dinți și cavitate bucală, acestea nu au o contingență directă cu influența mediului, iar indicii de frecvență și gravitate scăzuți fac ca importanța lor să fie mai mică în cadrul studiului.

Totuși și aceste boli au importanța lor sub raportul morbidității — sifilisul trebuind urmărit ca și tuberculoza ca boală cu extindere în masă și ca o boală cu caracter endemo-epidemic, iar bolile de dinți, dacă nu dau de obicei o incapacitate mare, au în schimb o frecvență asemănătoare cu a altor boli cuprinse în clasificație.

Restul bolilor prezintă cifre mult mai ridicate în general și chiar dacă la una din întreprinderi indicele este mai scăzut, apropiindu-se de indicii bolilor mai sus-menționate (pneumonii și bronchopneumonii întreprinderea nr. II și III, boala ulceroasă — întreprinderea nr. III, accidente neprofesionale întreprinderea II), la celelalte întreprinderi sînt mai ridicați, făcînd necesară gruparea lor separată în clasificație. Aceste boli pot fi în același timp provocate și întreținute de acțiunea nefavorabilă a factorilor de mediu.

Dacă analizăm grupul „alte boli", ne vor frapa indicii ridicați de greutate specifică, atît la cazuri, cît și la zile. Nivelul cel mai scăzut al indicilor acestui grup este în jurul a 18%. Majoritatea indicilor depășesc însă cifra de 25%, iar uneori chiar 35%.

Dăm mai jos indicii de greutate specifică pentru cazuri și zile a grupului „alte boli". In general, greutatea specifică a zilelor de incapacitate este mai ridicată, aceasta denotînd cuprinderea unor boli care dau o incapacitate de mai lungă durată.

Cod	Denumirea bolii	Intreprinderea I		Intreprinderea II		Intreprinderea III	
		Gr. spec. cazuri	Gr. spec. zile	Gr. spec. cazuri	Gr. spec. zile	Gr. spec. cazuri	Gr. spec. zile
1	Alte boli	18,0	24,1	18,8	26,4	28,3	37,0

Din analiza conținutului pe boli a acestui grup, se constată că sînt anumite boli la care toate întreprinderile au indici mai ridicați decît multe din bolile sau grupele de boli care sînt separate în clasificație.

Apendicita, bolile oto-rino-laringologice, afecțiunile pleurale, anumite boli de ochi, hipertensiunea arterială, tuberculoza cu alte localizări (extrapulmonară), bolile neuro-psihice, bolile aparatului renal, bolile aparatului locomotor și în special primele trei forme nosologice au o greutate specifică mai mare decît bolile profesionale, sifilisul, nevralgii-nevrite-radiculite, bolile de dinți și cavitate bucală și chiar decît alte boli separate în cod. Aceste boli au ca etiologie directă sau indirectă tot influența factorilor nocivi de mediu.

Astfel, apendicita are factori cauzali comuni cu celelalte boli gastro-intestinale acute sau cronice.

Afecțiunile pleurale și bolile oto-rino-laringologice au ca etiologie pe lîngă agenții microbieni proprii, influența unor factori de mediu ca

frigul, schimbările brusce de temperatură, curenţii de aer rece, aerul nepurificat etc., factori care favorizează îmbolnăvirile.

Bolile de ochi, cuprinzînd în marea majoritate blefarite, conjunctivite, keratite, se datoresc de asemenea influenţei anumitor factori de mediu, ca praful, fumul, gaze sau alte substanţe iritante, precum şi necurăţenia mîinilor etc., frecvenţa lor fiind condiţionată de existenţa şi folosirea ochelarilor de protecţie şi de condiţiile de igienă în general.

Hipertensiunea, ca boală generală a organismului cu caracter cronic este legată de influenţa indirectă a factorilor complecşi de mediu extern, dînd o incapacitate temporară de muncă la un nivel asemănător cu al altor boli cuprinse în clasificaţie şi necesitînd o urmărire deosebită pentru prevenirea agravării cazurilor şi ameliorarea lor.

Tuberculoza cu alte localizări (extrapulmonară), dacă la frecvenţă prezintă indici scăzuţi de 0,5—1,0% în general, în ceea ce priveşte inca-

Cod	Denumirea bolii	Intreprinderea I.		Intreprinderea II.		Intreprinderea III.	
		Gr. sp. cazuri	Gr. sp. zile	Gr. sp. cazuri	Gr. sp. zile	Gr. sp. cazuri	Gr. sp. zile
1	Tuberculoză pulmonară	2,6	16,8	2,8	21,8	2,4	11,0
2	**Tuberculoză alte localizări**	0,7	4,2	0,8	7,4	0,6	3,4
3	Sifilis	0,2	0,5	0,2	0,4	0,4	0,9
4	Gripă	24,2	7,3	28,0	7,4	13,9	4,4
5	Alte boli infecţioase şi parazitare	1,8	4,4	1,3	2,1	1,3	3,6
6	Accidente de muncă	5,8	6,6	13,7	11,4	3,4	3,1
7	Accidente neprofes.	3,8	3,3	0,3	0,3	3,1	1,9
8	Boli şi intox. prof.	1,2	0,4	0,2	0,2		—
9	Reumatism cardio-articular acut şi cronic	10,4	9,6	5,5	4,3	10,2	10,8
10	Nevralgii, nevrite, radiculite, lumbago	1,1	0,8	0,9	0,6	1,8	1,8
11	**Boli neuro-psihice**	0,5	1,3	0,3	0,6	1,2	2,9
12	**Angina-amigdalita**	3,6	1,5	3,2	1,6	4,8	2,2
13	**Boli ale rino-faringelui, laringelui, sinusuri şi ureche**	2,4	1,7	1,0	0,5	3,8	1,5
14	**Boli de ochi**	1,5	1,0	1,4	0,5	0,9	0,2
15	Boli ac. căii respirat. (traheo-bronşită ac.)	1,5	0,6	3,4	1,2	3,5	1,4
16	Pneumonii şi br. pneum. congestii pulmonare	2,2	3,4	1,2	1,8	1,2	2,0
17	**Afecţiuni pleurale**	1,8	2,1	1,9	2,6	2,1	1,7
18	Boli ap. cardio-vasc.	1,8	3,1	0,5	2,0	1,6	2,2
19	**Hipertensiune arter.**	0,5	0,7	0,5	0,5	1,5	3,4
20	Boli dinţi şi cav. buc.	1,2	0,5	1,2	2,6	2,4	0,7
21	Boli ac. gastro-intenst.	9,8	4,7	8,4	3,1	8,1	5,1
22	Boala ulceroasă	2,0	5,0	2,0	6,3	0,6	0,6
23	**Apendicita**	1,1	1,6	3,7	5,9	3,1	5,0
24	Boli ficat şi căi bil.	3,4	4,0	2,6	2,8	5,6	4,7
25	Boli inflam. org. gen. fem.	1,4	1,6	0,8	0,5	3,5	3,9
26	**Boli ale aparatului locomotor (oaselor, articulaţiilor şi muşchilor**	0,5	1,3	1,2	1,6	0,5	1,4
27	Af. inflam. piele (furuncule, flegmoane, abcese, hidroadenită)	4,0	1,8	5,0	3,1	4,0	3,7
28	**Boli ale aparat. renal**	0,8	1,4	0,5	0,6	1,8	1,6
29	Alte boli	8,2	8,8	7,4	6,2	12,8	15,9

pacitatea de muncă pe care o determină, înregistrează indici mai ridicaţi, la un nivel asemănător cu al multor boli cuprinse în cod. Acest grup trebuie să fie cuprins separat în cod alături de tuberculoza pulmonară, avînd caracteristici similare pe plan endemo-epidemic şi putîndu-se regrupa la nevoie pentru stabilirea greutăţii specifice globale a tuberculozei.

Bolile neuro-psihice, ca boli cu influenţă asupra stării generale şi sănătăţii organismului şi care reflectă acţiunea complexă a factorilor de mediu şi interrelaţiilor dintre sistemul nervos, mediul intern şi extern, este cazul să fie cuprinse în cod, ca o grupă unitară, avînd în vedere indicii mici pe formele şi grupele nosologice mai detaliate (nevroze, psihoze, boli neurologice). Indicii pe întreaga grupă ajung la un nivel în general între 1—2%.

Bolile aparatului renal cuprinse de asemenea într-un singur cifru de cod prezintă indici în majoritate în jurul şi peste 1,5%, fiind cazul să fie separate în cod, ca şi bolile cardio-vasculare, deşi au o contingenţă mai limitată şi indirectă cu factorii nocivi de mediu.

Acelaşi lucru este valabil şi pentru bolile aparatului locomotor.

Dacă introducem aceste boli separat în clasificaţie şi scădem greutatea lor specifică din grupul „alte boli", acest grup va avea indici mult mai scăzuţi.

Dăm în pag. 59 datele morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, de la întreprinderile menţionate pe o clasificaţie în care am cuprins în cod şi bolile de mai sus.

Prin această clasificaţie, greutatea specifică a grupului „alte boli" scade acentuat, atît la cazuri, cît şi la zile, după cum reiese din tabelul de mai sus. Majoritatea cifrelor variază între 6 şi 9%, exceptînd întreprinderea III, care are indici mai ridicaţi, în jurul a 13—16%.

Proporţia scăderii grupului „alte boli" este între 53,4 şi 60,6% la cazuri şi între 57,0 şi 76,5% la zile, deci în general scăderi cu 50—75% a nivelului indicilor de greutate specifică faţă de clasificaţia actuală.

In acest fel obţinem o clasificaţie care redă mai caracteristic structura morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, decît clasificaţia pe 20 de boli.

Prin introducerea şi regruparea bolilor menţionate în clasificaţie şi prin adăugarea concediilor profilactice, pe care le cuprinde şi codul actual, respectiv: concediile balneo-climaterice, concediile de graviditate, naştere şi lăuzie, precum şi concediile pentru îngrijirea copiilor bolnavi, se obţine o clasificaţie de 32 cifre de cod, faţă de 27 cît cuprinde clasificaţia actuală. Acest număr nu este prea ridicat, permiţînd utilizarea noii clasificaţii în bune condiţii în studiul şi raportarea curentă a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

In ceea ce priveşte cifrele de cod 24, 25 şi 27 din codul actual, primele două privitoare la transferul în muncă pentru tuberculoza pulmonară şi transferul în muncă pentru alte boli, iar ultima privind certificatele medicale neaprobate pentru plata ajutorului bănesc, acestea nu presupun concedii de boală şi nu este necesar să fie urmărite în cadrul sistemului de raportare a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

Această clasificaţie cuprinde o detaliere şi grupare mai judicioasă

a formelor nosologice, permiţînd o analiză mai concretă şi în raport cu nevoile operative de cunoaştere a acestei morbidităţi.

Deşi nu este elaborată în acest scop, clasificaţia poate fi utilizată şi pentru prelucrarea şi raportarea datelor morbidităţii generale, la întreprinderile la care se face acest lucru, întrucît cuprinde separat bolile care au o frecvenţă mai mare şi în cadrul morbidităţii generale, putînd servi la compararea datelor celor două morbidităţi.

In ceea ce priveşte elaborarea unei clasificaţii lărgite pentru studiul aprofundat, metodologia folosită a fost următoarea:

In primul rînd s-a făcut repartizarea cazurilor de boală şi zilelor de incapacitate pe clasificaţia cea mai larg utilizată la noi în studiul morbidităţii generale, respectiv clasificaţia pe 90 de boli. In scopul obţinerii unei detalieri amănunţite a materialului statistic, întrucît clasificaţia de 90 de boli are unele grupe de boli care nu permiteau o repartizare a bolilor după nevoile studiului nostru, s-au regrupat şi detaliat anumite părţi din ea — ca bolile reumatice, bolile cardiace, gastro-intestinale, pulmonare, nervoase etc.

Repartizarea pe acest cod a permis regruparea apoi a formelor nosologice şi elaborarea unei clasificări adecvate studiului aprofundat, respectîndu-se principiile şi criteriile de întocmire a clasificaţiei bolilor în conformitate cu caracteristicile morbidităţii cu incapacitate de muncă.

In cursul studiului s-au elaborat două proiecte de clasificaţie intermediare, una de 51 de cauze şi una de 63 de cauze.

S-a comparat structura morbidităţii cu incapacitate de muncă pe aceste clasificaţii cu clasificaţiile de la noi şi clasificaţiile sovietice menţionate, obţinîndu-se în urma acestor comparaţii o clasificaţie de 70 de boli.

Problema orientării ştiinţifice, ţinînd seama de concepţiile existente în medicină, se pune şi la noi în elaborarea clasificaţiei bolilor. Nici la noi nu se poate elabora o clasificaţie a bolilor, fără a ţine seama de orientarea cadrelor în ceea ce priveşte însuşirea învăţăturii pavloviste şi a răspîndirii concepţiilor mai vechi, respectiv de condiţiile concrete ale practicii activităţii de ocrotire a sănătăţii. Ţinînd seama de aceste concepţii, clasificaţia propusă cuprinde un număr însemnat de forme nosologice grupate pe baza principiilor etiologice şi fiziopatologice ale concepţiei noi, care pot stimula şi pot crea deprinderea cadrelor medico-sanitare în însuşirea noii concepţii şi în aplicarea ei treptată în gîndirea lor medicală. In acelaşi timp, în elaborarea acestei clasificaţii un loc important îi revine şi clasificaţiei bolilor pe baza concepţiei vechi, ţinîndu-se seama de gradul de răspîndire a învăţăturii pavloviste şi de orientarea generală a cadrelor noastre medicale.

In ceea ce priveşte alegerea formelor şi grupelor nosologice cuprinse în clasificaţie, ne-am ghidat în primul rînd după frecvenţa mare sau incapacitatea de muncă ridicată a anumitor boli, fără a neglija formele nosologice care nu prezintă indici ridicaţi, însă care trebuie cuprinse separat în cadrul unui studiu de profunzime care merge pînă la analiza individuală a morbidităţii.

Am căutat să cuprindem cît mai detaliat bolile care sînt determinate

sau influențate direct de factorii de mediu și în general toate bolile a căror morbiditate cu incapacitate are contingență directă sau indirectă cu factorii de mediu, fie sub raportul frecvenței, fie al gravității și duratei incapacității.

Acolo unde cazurile și incapacitatea au fost prea reduse, încît o detaliere în cadrul unei clase nu putea duce la date concludente, iar clasele respective nu cuprind boli cu aspecte caracteristice pentru morbiditatea cu incapacitate, ne-am limitat la înscrierea în cod a clasei respective, fără nici o detaliere pe forme nosologice.

Astfel, în clasa I, **Boli contagioase,** au fost separate din cadrul bolilor transmisibile grupa A trei forme nosologice: febra tifoidă, dizenteria și hepatita epidemică.

Primele trei boli își justifică existența separată în cod prin legătura lor cu factorii legați de alimentație și aprovizionare cu apă potabilă, fiind boli cu calea de transmisie prin ingestii alimentare. Lipsurile în igiena alimentației, a apei potabile, existența unor purtători de germeni, starea endemo-epidemică a acestora în unele regiuni ale țării fac ca aceste boli să necesite individualizarea lor în clasificație, cu toate că la întreprinderile studiate numărul cazurilor a fost mic, în special cele de febră tifoidă și dizenterie.

Bolile următoare din această clasă — gripa, tuberculoza pulmonară, tuberculoza extrapulmonară și sifilisul — au importanța lor, fie datorită frecvenței mari (gripa) sau incapacității de muncă ridicate (tuberculoza pulmonară și extrapulmonară), fie considerentelor de ordin endemo-epidemic și de răspîndire în masă (la toate aceste boli), fie legăturii directe sau indirecte cu factorii nocivi de mediu și muncă (gripa și tuberculoza). Restul bolilor infecto-contagioase le-am cuprins în grupul „alte boli contagioase".

In clasa a II-a, **Boli parazitare,** cazurile fiind în număr foarte mic și neprezentînd contingențe speciale cu factorii de mediu, nu s-a detaliat nici o formă nosologică.

Clasa a III-a, **Traumatismele.** In această clasă, legată direct de factorii de mediu și de caracterul muncii, s-au făcut cîteva detalieri a traumatismelor de muncă, pentru a se putea aprecia caracterul și gravitatea lor în raport cu specificul întreprinderilor și a măsurilor de protecția muncii.

In primul rînd s-au separat traumatismele mecanice de arsuri. S-au extras apoi din totalul traumatismelor mecanice fracturile, care reprezintă accidente mai grave, și traumatismele oculare, care sînt accidente specifice pentru anumite profesii (strungari, lăcătuși, sudori etc.).

Din grupul arsurilor s-au extras separat arsurile corpului (tegumentelor etc.) și arsurile oculare legate de condițiile de mediu și muncă specifice, necesitînd măsuri de protecție deosebite.

In cazul cînd într-o ramură de producție sau la o întreprindere există anumite traumatisme necuprinse în clasificație, care au o frecvență mare și prezintă o importanță caracteristică pentru ramura respectivă, acestea se pot extage separat, prin detalierea și mai mare a clasificației.

Traumatismele neprofesionale s-au cuprins într-o grupă separată, în-

trucît factorii cauzali sînt variaţi şi numărul cazurilor este mai mic, nepermiţînd o grupare detaliată care de altfel nu este indispensabilă pentru obiectivele cercetării.

Clasa a IV-a şi a V-a, **Bolile şi intoxicaţiile profesionale,** s-au grupat împreună, separîndu-se numai foto-electro-oftalmiile, ca manifestări specifice avînd ca noxă lumina puternică şi lipsa măsurilor de protecţie.

In general frecvenţa bolilor profesionale este mică şi nu necesită o detaliere mai mare pe boli (saturnism, silicoze etc.), fiind suficientă cuprinderea lor într-o grupă mare. Acolo unde există anumite aspecte caracteristice, specifice întreprinderii sau ramurii de producţie şi o frecvenţă mai mare a cazurilor, se poate face, ca şi la traumatismele de muncă, o detaliere mai mare pe bolile caracteristice ramurii industriale respective.

Dintre intoxicaţiile neprofesionale (clasa a IV-a), am separat în cod numai intoxicaţiile alimentare, singurele caracteristice pentru factorii de igienă a alimentaţiei, aici intrînd intoxicaţiile alimentare obişnuite.

Restul intoxicaţiilor neprofesionale (alcoolism, medicamentoase etc.) prezintă cazuri sporadice, nelegate de condiţiile de mediu, intrînd în clasa a XXVIII-a a bolilor necuprinse în clasificaţie.

Clasa a VII-a. **Reumatismul şi afecţiunile reumatismale,** prezintă cazuri în general numeroase şi cu o incapacitate de muncă foarte variată. Morbiditatea lor este influenţată direct de factorii de mediu (frig, schimbări bruşce de temperatură, curenţi de aer, umiditate etc.).

De aceea din această clasă au fost separate în clasificaţie trei forme nosologice, în raport cu criteriile etio-patogenice şi manifestările caracteristice ale afecţiunii: 1) reumatismul cardio-vascular specific acut, 2) reumatismul cronic şi 3) lumbago-lombosciatica. Restul manifestărilor reumatismale au fost cuprinse într-un grup de „alte afecţiuni reumatismale".

Clasele VI, **Avitaminoze;** VIII, **Boli ale metabolismului şi tulburărilor alergice;** IX **Neoformaţii;** X **Bolile sistemului endocrin şi** XI **Bolile sistemului hematopoetic** au o legătură indirectă şi secundară cu factorii de mediu. Pe de altă parte, bolile din clasele menţionate prezintă cazuri puţine, în general sporadice, astfel că le-am cuprins în clasificaţie global în cadrul claselor respective, cu excepţia neoformaţiilor pe care le-am separat în tumori maligne şi benigne.

Clasele XII şi XIII, **Tulburări psihice şi bolile sistemului nervos.**

Din aceste clase s-au separat în cod: 1) psihozele, 2) nevrozele, 3) bolile neurologice şi 4) bolile sistemului nervos periferic. Primele trei grupe nosologice n-au o contingenţă directă cu factorii specifici de mediu din industrie şi în acelaşi timp numărul cazurilor este mic. Totuşi aceste boli au fost separate în cod datorită caracterului lor special ca etio-patogenie şi a influenţei importante asupra stării generale a sănătăţii organismului.

Grupul bolilor sistemului nervos periferic are ca etiologie în mare parte influenţa directă a unor factori de mediu comuni cu afecţiunile reumatismale (variaţiile de temperatură, frigul, umezeala), care produc numărul însemnat de nevralgii cu diverse localizări, precum şi alte boli ale nervilor periferici, ca nevrite, radiculite, în general cu aceeaşi etiologie.

Clasa a XIV-a, **Boli de ochi.**

Din această clasă s-au separat grupul blefaritelor, conjunctivitelor, keratitelor, respectiv afecţiunile inflamatorii ale învelişurilor protectoare ale ochiului, care au la origine în cea mai mare parte acţiunea unor noxe profesionale (praf, fum, gaze, substanţe iritante), provocate de lipsa sau nefolosirea ochelarilor de protecţie. Numărul cazurilor de aceste boli este în general destul de reprezentativ.

Restul bolilor de ochi, cu cazuri mai puţine, au fost cuprinse într-un grup de „alte boli de ochi".

Clasa a XV-a, **Bolile oto-rino-laringologice.**

Din această clasă s-au separat: 1) amigdalita, 2) rino-faringita, laringita, sinuzita, într-un grup, 3) bolli ale urechii şi mastoidei şi 4) alte boli oto-rino-laringologice. In complexul factorilor etiologici ai bolilor de mai sus intră, pe lîngă factorii obişnuiţi de natură infecţioasă, influenţa directă sau indirectă a condiţiilor de mediu din întreprinderi, factori comuni cu ai reumatismului, gripei etc., precum şi praful, fumul etc.

Clasele XVI, XVII, XVIII şi XIX cuprind în ordine bolile: aparatului respirator, aparatului circulator, dinţi şi cavitate bucală, aparatului digestiv.

Grupele şi entităţile morbide separate din aceste clase reprezintă, fie boli acute care sînt influenţate de factori nocivi de mediu, ca variaţiile de temperatură, frigul, pentru bolile acute ale aparatului respirator (bronşită acută, pleurită, pneumonii etc.), fie factorii alimentari etc., pentru bolile acute ale aparatului digestiv (gastro-enterocolite etc.). De asemenea, s-au detaliat anumite boli cronice care se resimt de influenţa indirectă a factorilor de mediu extern. In această categorie intră bronşita cronică şi emfizemul pulmonar, afecţiunile aparatului circulator, boala ulceroasă, bolile de ficat etc.

Din clasa a XX-a, **Bolile osteo-articulare,** s-au separat numai bolile inflamatorii ale oaselor, care au o legătură mai mare cu factorii de mediu, restul cuprinzîndu-se într-un grup de „alte boli ale sistemului locomotor". Numărul cazurilor este redus în general la această clasă.

Din clasa a XXI-a a **Bolilor de piele,** în afară de afecţiunile inflamatorii, s-au separat grupul: eczeme-dermatite, afecţiuni cu contingenţă directă cu factorii de mediu.

Din clasa a XXII-a a **Bolilor aparatului urinar** s-au separat grupul nefrite, nefroze, scleroze renale şi „alte boli".

In general bolile din această clasă n-au contingenţă directă cu factorii de mediu, iar numărul cazurilor este redus.

Din clasele a XXIII-a şi a XXIV-a, **Boli ale organelor genitale** s-au separat bolile caracteristice organelor genitale pe sexe. La sexul feminin s-au separat pe lîngă afecţiunile inflamatorii ale organelor genitale şi tulburările menstruale, care sînt relativ numeroase.

Clasa a XXV-a şi a XXVII-a. **Malformaţii congenitale şi boli ale nounăscuţilor** intră la clasa a XXVIII-a.

Clasa a XXVI-a. **Bolile graviditătii, naşterii şi lăuziei** s-au cuprins global, separîndu-se numai avorturile.

In mod obişnuit numărul cazurilor este redus.

Cod	Denumirea bolii	Intr. I Metal.		Intr. II Metal.		Intr. III Textile	
		Gr. sp. cazuri	Gr. sp. zile	Gr. sp. cazuri	Gr. sp. zile	Gr. sp. cazuri	Gr. sp. zile
	TOTAL GENERAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Clasa I. Boli contagioase	29,5	33,1	33,0	39,2	18,6	23,3
1	Febra tifoidă	0,0	0,0	—	—	0,1	0,1
2	Dizenteria	0,1	0,2	—	—	—	—
3	Hepatita epidemică	0,9	3,3	0,6	1,5	0,6	2,8
4	Gripa	24,2	7,3	28,0	7,4	13,9	4,4
5	Tuberculoza pulmonară	2,6	16,8	2,8	21,8	2,4	11,0
6	Tuberculoza, alte localizări	0,7	4,2	0,8	7,4	0,6	3,4
7	Sifilis	0,2	0,5	0,2	0,4	0,4	0,9
8	Alte boli contagioase	0,7	0,8	0,6	0,6	0,6	0,7
	Clasa a II-a. Boli parazitare	0,1	0,1	0,1	0,0	—	—
9	Boli parazitare	0,1	0,1	0,1	0,0	—	—
	Clasa a III-a. Traumatisme	9,5	9,8	14,2	11,7	6,4	5,1
	Grupa 1. Traumat. de muncă mecanice	5,8	6,6	13,7	11,4	3,4	3,1
10	Traumatisme de muncă	5,1	6,0	9,3	6,3	3,0	3,0
	a. Fracturi	0,8	2,8	1,0	3,1	0,2	1,0
	b. Traumatisme oculare	0,5	0,7	1,5	0,6	0,3	0,3
	c. Alte traumatisme mecanice	3,8	2,4	—	—	2,4	1,9
11	Arsuri (de natură termică, chimică, electrică)	0,6	0,5	1,8	1,4	0,4	0,3
	a. Arsuri oculare	0,1	0,0	—	—	0,1	0,0
	b. Arsuri ale tegumentelor	0,5	0,5	1,8	1,4	0,3	0,0
	Grupa 2. Traumat. neprof.	3,8	3,3	0,5	0,3	3,1	1,9
12	Traumatisme neprofesion.	3,8	3,3	0,5	0,3	3,1	1,9
	Clasa a IV-a şi a V-a. Boli şi intoxicaţii profesionale şi neprofesionale	1,7	0,6	0,5	0,3	0,2	0,1
13	Boli şi intox. prof.	0,2	0,3	0,2	0,2	—	—
14	Foto-electro-oftalmie	1,0	0,1	0,1	0,0	—	—
15	Intoxicaţii aliment.	0,5	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1
	Clasa a VII-a. Reumatism	10,4	9,6	5,5	4,3	10,2	10,7
16	Reum. cardio-art. spec. ac.	0,5	0,6	0,4	0,3	0,2	0,4
17	Reumatismul cronic	3,1	3,1	1,4	1,3	3,5	6,1
18	Lumbago şi lombosciat.	5,6	3,7	2,6	2,0	3,8	2,5
19	Alte afecţ. reumatismale	1,2	2,2	1,0	0,8	2,6	1,8
	Clasa a VI-a şi a VIII-a. Avitaminoze. Boli ale metabol. şi tulburări alergice	0,4	0,3	0,1	0,0	0,5	0,8
20	Boli ale metab., avitam.	0,0	0,1	—	—	0,1	0,1
21	Boli alergice	0,4	0,2	0,1	0,0	0,4	0,7

Cod	Denumirea bolii	Intr. I Metal.		Intr. II Metal.		Intr. III Textile	
		Gr. sp. cazuri	Gr. sp. zile	Gr. sp. cazuri	Gr. sp. zile	Gr. sp. cazuri	Gr. sp. zile
	Clasa a IX-a. Neoformaţii	0,5	1,6	0,8	1,0	1,0	2,9
22	Tumori maligne	0,3	1,5	0,2	0,5	0,1	0,9
23	Tumori benigne	0,2	0,1	0,6	0,5	0,9	2,0
	Clasa a X-a. Boli sistem end. . . .	0,5	0,7	0,3	0,3	1,1	1,1
24	Boli endocrine	0,5	0,7	0,3	0,3	1,1	1,1
	Clasa a XI-a. Boli sistem hemato-poetic	0,1	0,1	0,3	0,1	1,1	1,3
25	Boli de sînge şi organe hemato-poetice	0,1	0,1	0,3	0,1	1,1	1,3
	Clasa a XII-a şi a XIII-a. Tulburări psihice. Bolile sistemului nervos .	1,6	2,1	1,2	1,2	3,0	4,7
26	Psihoze	0,1	0,3	—	—	0,1	0,4
27	Nevroze	0,2	0,4	0,2	0,1	0,7	1,1
28	Boli neurologice	0,2	0,6	0,1	0,5	0,4	1,4
29	Boli ale sist. nervos periferic (nevralgii, nevrite, radiculite) . .	1,1	0,8	0,9	0,6	1,8	1,8
	Clasa a XIV-a. Boli de ochi	1,5	1,0	1,4	0,5	0,9	0,2
30	Blefarite, conj., keratite	1,0	0,5	1,1	0,4	0,8	0,2
31	Alte boli de ochi	0,5	0,5	0,3	0,1	0,1	0,0
	Clasa a XV-a. Boli oto-rino-laringologice	6,3	3,4	4,7	2,3	8,6	3,7
32	Angina-amigdalita	3,6	1,5	3,2	1,6	4,8	2,2
33	Rino-faringita, laringita, sinuzita .	1,6	1,3	0,7	0,4	3,0	1,5
34	Boli inflamatorii ale urechii şi mastoidei	0,8	0,4	0,3	0,1	0,8	0,0
35	Alte boli oto-rino-laringologice . . .	0,3	0,2	0,5	0,2	—	—
	Clasa a XVI-a. Boli ap. resp. . . .	6,7	8,0	7,2	6,5	7,5	5,5
36	Traheo-br. ac. Afecţ. catarale şi căi respiratorii	1,5	0,6	3,4	1,2	3,5	1,4
37	Bronşită cr., emf. pulm.	1,1	1,3	0,7	0,9	0,3	0,2
38	Pneumonii şi br. pneum.	2,2	3,4	1,2	1,8	1,2	2,0
39	Afecţiuni pleurale	1,8	2,1	1,9	2,6	2,1	1,7
40	Alte boli ap. respir.	0,1	0,6	—	—	0,4	0,2
	Clasa a XVII-a. Boli ap. circ. .. .	2,3	3,8	1,0	2,5	3,1	5,6
41	Af. valvulare cardiace	0,6	1,2	0,2	0,4	1,0	1,7
42	Miocardite	0,2	0,3	—	—	—	—
43	Angină pect., infarct miocardic, arterioscleroză cardiacă	0,1	0,2	—	—	0,1	0,1
44	Alte boli cardiace	0,1	0,3	—	—	—	—
45	Hipertensiune arter.	0,5	0,7	0,5	0,5	1,5	3,4
46	Boli ale arterelor	0,1	0,3	0,1	1,1	—	—
47	Boli ale venelor	0,6	0,7	6,2	0,5	0,4	0,4
48	Alte boli aparat. cardio-vascular . .	0,1	0,1	—	—	0,1	0,0
	Clasa a XVIII-a. Boli ale cavităţii bucale şi dinţilor	1,2	0,5	1,2	2,6	2,4	0,7
49	Boli ale cavităţii bucale şi dinţilor .	1,2	0,5	1,2	2,6	2,4	0,7

Cod	Denumirea bolii	Intr. I Metal.		Intr. II Metal.		Intr. III Textile	
		Gr. sp. cazuri	Gr. sp. zile	Gr. sp. cazuri	Gr. sp. zile	Gr. sp. cazuri	Gr. sp. zile
	Clasa a XIX-a. Boli aparat. digestiv	17,1	16,8	17,2	19,0	18,3	17,6
50	Gastro-enterocolite	9,8	4,7	8,4	3,1	8,1	5,1
51	Ulcer gastric, duoden	2,0	5,0	2,0	6,3	0,6	0,6
52	Apendicită	1,1	1,6	3,7	5,9	3,1	5,0
53	Hernii, eventrații	0,7	1,2	0,4	0,9	0,5	1,6
54	Colecistită, angiocolite, colelitiază	3,0	3,0	2,3	2,5	5,4	4,6
55	Boli ale ficatului	0,4	1,0	0,3	0,3	0,2	0,1
56	Alte boli organe digestive și anexe	0,1	0,3	0,1	0,1	0,3	0,6
	Clasa a XX-a. Boli ale sistemului locomotor	0,6	1,3	1,2	1,7	0,4	1,4
57	Osteomielite, osteite, periostite	0,3	0,5	0,3	0,1	0,1	0,3
58	Alte boli cîștigate sistem locomotor	0,3	0,8	0,9	1,6	0,3	1,1
	Clasa a XXI-a. Boli de piele	4,5	2,3	5,5	4,1	4,8	3,7
59	Af. infl. piele și țesut celular subcutanat	4,0	1,8	5,0	3,1	4,0	2,7
60	Eczeme, dermatite	0,2	0,3	0,4	0,9	0,6	0,9
61	Alte af. ale pielii și țesut celular subacut	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
	Clasa a XXII-a. Boli ap. urinar	0,7	1,4	0,5	0,6	1,9	1,6
62	Nefrite, nefroze, scl. ren.	0,2	0,4	0,1	0,2	0,8	0,8
63	Alte boli rinichi, anexe	0,5	1,0	0,4	0,4	1,1	0,8
	Clasa a XXIII-a și a XXIV-a. Boli ale organelor genitale	2,8	2,8	1,5	1,6	5,6	5,7
64	Boli ale organelor genitale masculine	0,8	0,9	0,3	0,9	0,5	1,1
65	Metrite, anexite, ovarite, salpingite	1,4	1,6	0,8	0,5	3,5	3,9
66	Tulburări menstruale	0,6	0,3	0,4	0,2	1,6	0,7
	Clasa a XXV-a. Malformații congenitale (intră la alte boli)	—	—	—	—	—	—
	Clasa a XXVI-a. Bolile nașterii, nașteri patologice	0,4	0,3	0,3	0,6	2,4	2,9
67	Bolile graviditații, nașterii, lăuziei	0,1	0,1	0,3	0,6	0,9	1,2
68	Avorturi	0,3	0,2	—	—	1,5	1,7
	Clasa a XXVII-a. Bolile nou-născuților (intră la alte boli)	—	—	—	—	—	—
	Clasa a XXVIII-a. Boli necuprinse în clasif. sau nepreciz.	1,6	0,7	2,6	2,0	1,7	0,8
69	**Astenie, debilitate**	0,6	0,3	1,0	0,5	0,4	0,1
70	Alte boli	1,0	0,4	1,6	1,5	1,3	0,7

Din clasa a XXVIII-a, **Alte boli**, s-au grupat separat astenia şi debilitatea.

Deşi aceste manifestări nu reprezintă entităţi morbide propriu-zise şi în unele cazuri este vorba de neprecizarea diagnosticului real, totuşi acest diagnostic se pune destul de frecvent, încărcînd grupul „alte boli". De aceea s-a considerat necesară separarea lor de restul bolilor necuprinse în clasificaţie.

Dăm în tabelul din pag. 65—67 indicii de greutate, specifică a cazurilor şi zilelor la cele trei întreprinderi, pe clasificaţia elaborată pentru studiul aprofundat de 70 de boli, pe anul 1953.

In urma repartizării cazurilor de îmbolnăvire pe clasificaţie de 70 de boli, la clasa a XXVIII-a Boli necuprinse în clasificaţie, au rămas în general numai cazuri cu diagnostice simptomatice sau neprecizate, numărul lor fiind mic şi scăzînd în raport cu gradul de precizare a diagnosticelor.

După cum se vede din tabelul de mai sus, indicele de greutate specifică, atît pentru cazuri, cît şi pentru zile, variază la toate cele trei întreprinderi între 0,4 şi 1,6.

In clasificaţia de mai sus se cuprind, mai mult sau mai puţin dezvoltat, după necesităţi, bolile mai importante pe aparate şi sisteme, necesare unui studiu amănunţit al morbidităţii.

Din analiza tabelelor, rezultă că prin detalierea grupelor şi entităţilor nosologice se poate face o analiză mai individualizată pe boli sau pe grupe mai mici şi nu pe grupe prea largi, care nu pot realiza decît o orientare şi caracterizare mai limitată şi mai generală (codul restrîns pentru studiul curent).

Clasificaţia elaborată are un caracter general, ea putînd fi folosită pentru studiul aprofundat al morbidităţii din toate ramurile industriale.

Clasificaţia lărgită de mai sus se recomandă a fi utilizată în cadrul cercetărilor ştiinţifice, în care studiul morbidităţii trebuie să aibă un caracter aprofundat, cuprinzînd şi studiul individual al morbidităţii.

Clasificaţia lărgită trebuie folosită în studiul morbidităţii întreprinderilor, în faza pregătitoare a introducerii dispensarizării, cînd este necesar să se efectueze de asemenea o analiză aprofundată a morbidităţii, mergînd pînă la analiza individuală.

Clasificaţia lărgită se poate utiliza de asemenea în studiul morbidităţii la intervale mai mari de timp, de cel puţin un an, cînd se urmăreşte o analiză detaliată a morbidităţii în corelaţie cu acţiunea complexă a factorilor de mediu, a condiţiilor de viaţă şi de muncă, în vederea cunoaşterii tendinţei generale a morbidităţii şi pentru stabilirea măsurilor de ansamblu şi de perspectivă care trebuie luate în scopul scăderii morbidităţii.

Un astfel de studiu este indicat să se facă la întreprinderi mari în general. El trebuie să cuprindă un volum mai mare de material, de obicei pe un an, pe intervale mai mici de timp, detalierea pe codul lărgit ducînd la cifre mici, neconcludente.

Clasificaţia lărgită a fost elaborată în scopul de a servi studiului aprofundat al morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă. Prin gradul său de detaliu, prin cuprinderea separată a tuturor formelor noso-

logice, care pot caracteriza morbiditatea unei colectivităţi, ea poate servi şi la studierea morbidităţii generale, atunci cînd aceasta este necesară în cadrul unui studiu complet şi comparativ, alături de celelalte metode de cercetare (morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă şi morbiditatea pe baza examenului medical complex).

In sfîrşit, clasificaţia lărgită nu reprezintă o schemă rigidă, fixă, după care trebuie să se facă orice studiu ştiinţific şi care nu poate suferi nici un fel de modificare. Se recomandă ca operaţia de codificare a diagnosticelor să se facă pe baza clasificaţiei de mai sus. Dacă însă prin sortarea materialului statistic se constată că anumite boli au un număr foarte redus de cazuri, care nu prezintă nici o semnificaţie pentru analiză, în cadrul prelucrării ele se pot regrupa în vederea analizei. Astfel de exemplu, se pot regrupa bolile cardiace, bolile vaselor, bolile sistemului nervos central etc.

In cazul cînd există aspecte speciale ale morbidităţii legate de particularităţi ale condiţiilor de mediu caracteristice acestora, clasificaţia se va putea detalia pe acele boli care au o dependenţă strînsă de factorii de mediu specifici şi care se vor selecţiona din clasificaţia generală a bolilor.

Desigur că problema unor detalieri mai mari se pune numai pentru anumite clase cu contingenţe directe cu factorii de mediu, cum sînt traumatismele de muncă, bolile şi intoxicaţiile profesionale, anumite boli de piele ca : boli inflamatorii, dermatite, eczeme, separate după etiologia lor etc. Astfel de detalieri sînt necesare în anumite ramuri industriale, în care factorii de mediu specifici influenţează profilul morbidităţii în direcţia unei frecvenţe semnificative a cazurilor de îmbolnăvire prin aceste boli. In acest fel clasificaţia poate servi practic la o analiză şi sinteză a materialului statistic, în raport cu caracteristicile structurale ale morbidităţii şi cu necesităţile şi obiectivele studiului.

Codificarea diagnosticelor

Pentru a da posibilitatea efectuării studiului pe formele şi grupele nosologice, cuprinse în clasificaţiile bolilor, este necesară codificarea medicală a diagnosticelor, care constă din înscrierea numărului de cod din clasificaţia utilizată, în dreptul diagnosticului din evidenţa primară. In acest scop este rezervat un spaţiu (certificate sau fişe statistice speciale) sau o rubrică specială (fişa individuală de consultaţii). Operaţia de codificare a diagnosticelor trebuie făcută exclusiv de medic (şi nu de personalul mediu), singurul competent să efectueze o interpretare etio-patogenică a bolii şi să o încadreze la locul corespunzător în clasificaţie. De asemenea, el are cunoştinţele necesare pentru interpretarea şi identificarea diferitelor variante şi sinonime ale denumirii bolilor pe care le folosesc ceilalţi medici.

Desigur codificarea va diferi între studiul curent şi aprofundat în raport cu clasificaţiile folosite, dar va exista în acelaşi timp posibilitatea stabilirii corespondenţei între ele, care trebuie prevăzută la elaborarea lor.

In clasificaţia restrînsă pentru studiul curent, vor fi cuprinse în

aceeaşi grupă un număr mai mare de diagnostice, toate fiind codificate cu acelaşi cifru de cod. Astfel, de exemplu, sînt bolile cardio-vasculare care vor intra la acelaşi cifru de cod.

In acelaşi timp în clasificaţia detaliată pentru acest grup, există 9 cifre de cod (de la 42 la 49).

Se codifică totdeauna diagnosticul final şi nu cel de la începutul bolii. După cum se ştie, există în unele cazuri o discordanţă între diagnosticul iniţial şi final, diagnosticul iniţial fiind de obicei un diagnostic prezumtiv, care se poate infirma sau confirma. În cazul că se infirmă, se va trece un alt diagnostic care va reprezenta diagnosticul final şi care va trebui codificat. De exemplu dacă s-a pus iniţial un diagnostic prezumtiv de gripă şi apoi se constată că diagnosticul adevărat este pleurită, se va codifica aceasta din urmă. Dacă la început s-a pus un diagnostic de gastrită iar apoi se stabileşte că este vorba de colecistită sau apendicită, se vor codifica acestea din urmă.

Stabilirea diagnosticului final diferă de asemenea în cele două metode de studiu: curent şi aprofundat.

In studiul curent trebuie considerat ca diagnostic final forma nosologică înscrisă pe certificatul iniţial sau pe ultima lui continuare. In studiul aprofundat în schimb, cînd un bolnav poate avea într-un an mai multe certificate la diferite intervale de timp pentru aceeaşi boală, diagnosticul final va fi considerat cel care apare pe ultimul sau ultimele certificate. Se va da de obicei prioritate diagnosticelor stabilite de unităţile medicale mai calificate, ca spitalul sau comisia de expertiză medicală.

Acolo unde în evidenţa primară figurează un singur diagnostic, înscrierea numărului de cod este simplu de făcut. In multe cazuri însă, bolnavul a suferit simultan de două sau chiar mai multe boli, care sînt toate înscrise în evidenţa primară.

In aceste cazuri medicul trebuie să selecţioneze un singur diagnostic final pentru codificare, şi anume pe acela căruia i se poate atribui în primul rînd incapacitatea temporară de muncă.

Pentru alegerea diagnosticului care urmează să se codifice, trebuie respectate anumite criterii:

1. Primul criteriu constă în înscrierea bolii principale şi nu a bolilor secundare sau complicaţiilor. Dacă între două boli există o legătură cauzală, etiologică, va fi codificată cea iniţială şi nu cea secundară.

Astfel, între reumatism şi stenoză mitrală se va codifica reumatismul. Intre gripă şi amigdalită cataralâ se va codifica gripa. Intre gripă şi bronşită gripală se va codifica gripa. Bineînţeles că în cazul asocierii gripei cu aceste boli, se va avea în vedere şi tabloul clinic predominant şi care determină incapacitatea temporară de muncă. Cînd fenomenele amigdaliene sau bronşice au o predominanţă categorică, iar cele gripale sînt discrete, se vor codifica amigdalita sau bronşita. O astfel de interpretare este cu atît mai necesară, cu cît aceste boli se asociază aproape totdeauna şi de aceea şi la analiză trebuie apreciate în corelaţia lor obişnuită.

2. Cînd între două boli, una este infecţioasă şi una neinfecţioasă, se va alege în general boala infecţioasă. Astfel, între febra tifoidă şi co-

lecistită se va alege febra tifoidă, între hepatita epidemică şi insuficienţa aortică se va codifica hepatita epidemică.

Totuşi se pot face unele excepţii în cazurile în care cealaltă boală este mult mai gravă şi de durată mai lungă. De exemplu, între cancer stomacal şi dizenterie se va alege cancerul, între endocardită lentă şi febră recurentă sau oreion se va alege endocardita lentă. In cazul a două boli infecţioase se va codifica boala cea mai gravă. Astfel, între tifos exantematic şi hepatită epidemică, se va alege tifosul exantematic.

3. In general se va codifica boala cea mai gravă şi care dă incapacitatea cea mai de lungă durată.

Intre ulcer şi cistită se va codifica ulcerul. Intre boala mitrală şi colecistită se va codifica boala mitrală. Intre cancer pulmonar şi diabet se va alege cancerul.

4. Se va da în general prioritate traumatismelor de muncă pentru cuprinderea cît mai completă a acestora, în vederea stabilirii factorilor cauzali. De exemplu: între o luxaţie şi miocardită se va codifica luxaţia, între o arsură a mîinilor şi colecistită se va codifica arsura. Supuraţiile diverse, după traumatisme, se vor trece în schimb la bolile de piele.

Bineînţeles că şi aici se aplică criteriul de codificare a bolii mai grave şi cu incapacitate de mai lungă durată. De exemplu, între nefrită acută şi entorsă se va prefera nefrita acută, între corp străin în ochi şi insuficienţă cardiacă decompensată se va codifica cea din urmă.

Criteriile de mai sus au un caracter general. Pentru încadrarea corectă a diagnosticelor în clasificaţie, este necesară totdeauna efectuarea unei analize individuale a fiecărui caz de îmbolnăvire şi în general a morbidităţii muncitorului bolnav, ţinînd seama de toate bolile de care a suferit, de caracteristicile sale individuale, de asistenţa medicală şi tratamentul aplicat.

La stabilirea diagnosticului care trebuie codificat se va avea în vedere totdeauna durata incapacităţii de muncă, făcîndu-se corelaţia dintre durata incapacităţii şi boală.

Astfel, în cazul unei bronşite şi luxaţii, dacă bolnavul lucrează la o secţie mecanică, se va codifica luxaţia, iar în cazul că lucrează la ţesătorie se va codifica bronşita. Bineînţeles că în aceste cazuri se va stabili în prealabil în mod exact, prin analiza individuală, boala care a provocat incapacitatea temporară de muncă.

In cazul că gripa se asociază cu dizenteria sau tuberculoza pulmonară, dacă este vorba de o incapacitate scurtă de 3—6 zile, se va codifica gripa, iar dacă incapacitatea este de mai lungă durată, se va codifica dizenteria sau tuberculoza pulmonară.

Acelaşi lucru în cazul asocierii gripei cu insuficienţa cardiacă, ulcerul gastric, nefrită, apendicită etc.

La codificarea unor boli se va avea în vedere şi vîrsta bolnavului. Dacă se asociază hipertensiunea arterială cu gastroenterita de exemplu, pînă la 40 de ani se va codifica gastroenterita, iar peste 40 de ani se va codifica hipertensiunea arterială.

Uneori se omite să se treacă diagnosticul, trecîndu-se în schimb simptome sau diagnostice neprecizate.

Astfel, într-un număr destul de însemnat de cazuri, apare în locul diagnosticului colică abdominală, edeme, migrenă, supurație pulmonară, dureri precordiale etc. In aceste cazuri se va căuta să se stabilească diagnosticul exact în celelalte certificate, în fișele de consultații etc. In ultima instanță se poate întreba medicul spitalului sau comisia de expertiză care a acordat certificatul.

Dacă diagnosticul nu se poate preciza, cazul va trebui încadrat la grupul „alte boli". Este recomandabil ca toate unitățile care eliberează certificate de concediu medical (policlinici, circumscripții, staționare, comisii de expertiză) să nu utilizeze prea multe variante sau sinonime ale aceluiași diagnostic (exemplu: gastrită acută, dispepsie, gastralgii, pentru gastrită), fapt care creează confuzii și îngreunează codificarea.

O ușurare a codificării medicale o aduce modul de înscriere a diagnosticului în certificate. Pentru aceasta este necesar ca medicii cînd completează certificatele să înscrie diagnosticele multiple în ordinea importanței lor, astfel ca primul diagnostic să reprezinte boala principală care a determinat incapacitatea de muncă și care trebuie aleasă pentru codificarea medicală.

Articol intrat în redacție în decembrie 1955.

Metodologia științifică a cercetării statistice în domeniul medico-sanitar

Adriana Dumitrescu

Lucrare efectuată în cadrul Institutului de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinei, director, prof. dr. T. Ilea.

Statistica medico-sanitară studiază procesele și fenomenele care au loc în domeniul sănătății populației și care exprimă, atît acțiunea factorilor social-economici, cît și acțiunea celor biologici.

Statistica medico-sanitară este o ramură a statisticii social-economice, iar în studiul fenomenelor care-i revin ca obiect de cercetare, ea folosește metodologia elaborată de teoria generală a statisticii.

Acolo unde fenomenele care trebuie studiate prezintă un pronunțat caracter social, cum ar fi fenomenele demografice, de morbiditate, activitatea unităților medico-sanitare și — în general — procesele de organizare a ocrotirii sănătății, cunoașterea lor științifică nu este posibilă pe altă cale decît prin statistica medico-sanitară, ramură a statisticii social-economice care studiază aceste fenomene și schimbările lor în condițiile istorice concrete ale dezvoltării sociale. Metodologia generală statistică își găsește aici aplicarea în întregime.

In acest articol vom expune în linii mari metodologia științifică a cercetării statistice în domeniul medico-sanitar.

Metodele specifice statisticii sînt cele de oglindire cifrică a fenomenelor sociale: observarea de masă, gruparea, indicatorii sintetici.

Cercetările statistice, organizate în mod ştiinţific, trebuie să înceapă cu analiza teoretică, multilaterală, a procesului urmărit, în vederea definirii conţinutului lui material şi a stabilirii caracteristicilor fenomenelor care urmează a fi studiate.

Pentru cunoaşterea ştiinţifică a fenomenelor care ne interesează, trebuie obţinute date cifrice care să caracterizeze procesul studiat prin observarea de masă a fenomenelor medico-sanitare. „In masă se manifestă într-un mod deosebit de clar şi precis acţiunea cauzelor esenţiale şi hotărîtoare şi se paralizează acţiunea cauzelor secundare". (11).

Aceste date cifrice, trebuind să oglindească esenţa şi să redea semnificaţia fenomenelor studiate, cercetătorul — bazat pe cunoştinţele sale în domeniul medico-sanitar — trebuie să elaboreze de la început forma statistică corespunzătoare obiectivelor urmărite. El trebuie să determine cantitativ sfera fenomenelor şi proceselor care urmează să fie exprimate cifric; să aleagă formele de observare cele mai potrivite; ulterior, pe baza materialului adunat, să stabilească caracteristicile esenţiale de grupare a materialului şi indicatorii statistici cei mai grăitori, închegînd un sistem unitar care să permită o exprimare ştiinţifică.

I. *Observarea statistică*

In cadrul metodei generale de cercetare statistică, stabilirea obiectului observării statistice reprezintă însăşi operaţia de determinare a ceea ce trebuie supus observării, adică determinarea şi caracterizarea acelor elemente sau unităţi statistice de observaţie care vor fi supuse observaţiei, în funcţie de scopul cercetării statistice.

Astfel, dacă studiem morbiditatea ca incapacitate temporară de muncă, începem prin a preciza întreprinderile din care salariaţii, care prezintă cazuri de morbiditate cu incapacitate temporară de muncă, vor forma obiectul cercetării noastre. In funcţie de obiectul cercetării urmează să precizăm unitatea statistică de observaţie: alegem sau cazul nou de îmbolnăvire, sau cazul cu certificat iniţial, sau cazul de îmbolnăvire lichidat, boala sau bolnavul.

Odată stabilită unitatea statistică de observaţie, ea trebue definită cu atenţie pentru a evita orice confuzii în decursul desfăşurării observaţiei statistice ulterioare.

După modul de obţinere a datelor, într-o cercetare statistică, există două forme organizatorice ale observării de masă:

— observarea pe bază de evidenţă statistică existentă (evidenţa operativă, primară, prin care se înregistrează fenomenele pe măsura apariţiei lor), din care se selecţionează aspectele care interesează în cadrul cercetării;

— observarea statistică special organizată, în care se înregistrează numai aspectele care interesează în cadrul cercetării.

Ca un exemplu de observare statistică pe bază de evidenţă poate fi considerat studiul natalităţii, pe baza registrelor de stare civilă pentru născuţi, studiul morbidităţii pe baza fişelor individuale de consultaţii etc.

Ca exemple de observare statistică special organizată pot fi citate recensămintele de populaţie, înregistrarea sistematică a bolilor cu extin-

dere în masă sau anchetele speciale (cum au fost: ancheta organizată de Institutul de pediatrie în 1953 asupra mortalității infantile; ancheta organizată de Centrul de obstetrică și ginecologie în 1954 asupra natalității în mediul rural etc.).

După momentul înregistrării faptelor urmărite, observarea statistică poate fi:

— curentă (înregistrarea continuă, cum sînt fenomenele de stare civilă, de morbiditate etc.);

— periodică (recensămintele de populație, care se efectuează la cîțiva ani odată etc.);

— metoda mixtă a recensămîntului ținut la zi prin înregistrări curente: se începe printr-un recensămînt al situației unităților supuse observației, care constituie o evidență a cazurilor; apoi, printr-un sistem de înregistrare continuă, se scot din evidență toate cazurile care dispar și se introduc toate cazurile noi care apar (depistarea în masă prin microradiofotografii a cazurilor de tuberculoză și urmărirea lor prin control curent);

— de o singură dată (anchetele speciale).

Ținînd seama de perioada asupra căreia se întinde observația în cadrul anchetelor speciale, deosebim două situații:

— înregistrarea situației la un același moment dat (sau într-o perioadă foarte limitată de timp), pentru toate cazurile supuse observației (ancheta asupra dezvoltării fizice a populației);

— înregistrarea fenomenelor în decursul unei anumite perioade de timp (urmărirea variațiilor lunare în frecvența mortalității infantile).

Ținînd seama de cuprinderea unităților care formează obiectul urmărit, observarea statistică poate fi totală sau parțială:

— totală, cînd merge la epuizarea completă a obiectului, fixat în timp și spațiu (recensămîntul general al populației, înregistrarea fenomenelor demografice sau observarea tuturor cazurilor de îmbolnăvire înregistrate într-o unitate medico-sanitară pe o anumită perioadă etc.);

— observația poate fi parțială:

a) atunci cînd nu se cunoaște volumul total al unităților statistice care intră în obiectul de cercetare;

b) atunci cînd, din motive obiective (între care și motive de economie), nu se poate realiza epuizarea tuturor cazurilor cunoscute și observarea statistică își propune studierea unui număr limitat de cazuri în problema aleasă;

c) pentru asigurarea unei observații mai precise.

Cercetătorul își alege de fiecare dată din toate aceste forme de observare statistică pe cele corespunzătoare obiectivelor urmărite în cadrul studiului care se efectuează, definindu-le riguros de la început, pentru a asigura uniformitatea de culegere a materialului și a face posibilă centralizarea și compararea datelor care urmează a fi culese.

Odată stabilit obiectul observației statistice, trebuie precizat grupul de caracteristici care trebuie înregistrate pentru fiecare unitate de observație și trebuie întocmită fișa sau formularul statistic care va constitui instrumentul de bază al observației științifice.

Fișa sau formularul pentru o cercetare statistică trebuie întocmită în

așa fel încît să se evite orice divergențe de păreri la persoanele care le vor mînui. Felul cum se pun și cum se formulează chestiunile trebuie bine chibzuit. Formularea trebuie făcută, pe cît posibil, de așa manieră încît să arate clar și complet ce anume trebuie aflat referitor la chestiunea pusă (exemplu: „vîrsta în ani, luni sau zile împlinite", spre deosebire de formularea simplă, dar care se pretează la interpretări deosebite: „vîrstă", cînd se poate avea în vedere vîrsta împlinită, dar și aniversarea cea mai apropiată).

Acolo unde formularea chestiunilor în fișă nu poate fi făcută pentru a indica genul de răspuns așteptat se poate redacta fișa în așa fel încît, sub întrebarea pusă, să figureze enumerarea tuturor răspunsurilor posibile (exemplu: „starea locuinței — insalubră, salubră, bună").

Pentru a clarifica deplin toate situațiile și pentru a preveni interpretarea diferită pentru una și aceeași întrebare cuprinsă în fișa sau formularul statistic, se redactează explicații speciale ajutătoare, așa-numitele instrucțiuni pentru completarea fișei sau formularului statistic.

Dar fișa sau formularul de cercetare formează numai o parte din planul de observare statistică. Acest plan sau program al observației nu trebuie alcătuit în complexul său numai în funcție de obiectul cercetării. Pentru a-l întocmi în mod judicios, trebuie avut în vedere programul de prelucrare finală a materialului: intențiile lui, ideea pe care va fi centrat, chiar conținutul lui propriu-zis (exprimat în tabelele de corelație și tablourile rezumative proiectate pentru datele ce vor fi culese) **(3)**. Altfel, există riscul de a nu cuprinde în programul de observare statistică elementele necesare pentru a putea răspunde la ideile cuprinse în programul de prelucrare a materialului.

★

După încheierea etapei de înregistrare a datelor conform planului de observare statistică, materialul trebuie supus unei verificări: toate fișele sau formularele completate, toate datele culese trebuie revizuite:

a) din punct de vedere al **modului de completare** (se verifică dacă au fost completate toate rubricile fișei sau formularului statistic, făcîndu-se mențiunea la fiecare rubrică unde răspunsul nu este specificat);

b) din punct de vedere **logic** (se examinează și se confruntă reciproc toate informațiile obținute, răspunsurile la variatele rubrici cuprinse în chestionar, pentru a descoperi eventuale absurdități, contraziceri sau erori de Inregistrare. Exemplu: la o fișă de morbiditate figurează un diagnostic de boală genitală feminină, asociat cu sexul masculin; la o fișă privind mortalitatea generală, figurează drept cauză de deces la o persoană în vîrstă de 40 de ani, codul 55 „tulburări digestive ale nounăscutului"; la o fișă individuală de consultații figurează la rubrica „profesiune" răspunsul „casnică", iar la rubrica „condiții de muncă", răspunsul „la locul de muncă din turnătorie — ventilație insuficientă, căldură excesivă, lipsă echipament de protecție";

c) din punct de vedere al **exactității calculului** (se controlează toate totalurile de calcul care figurează în fișa sau formularul statistic sau în orice altă formă de înregistrare a datelor care au fost folosite în cadrul observării statistice).

Acolo unde genul de cercetare permite, se face completarea acestor omisiuni, rectificarea absurdităţilor sau erorilor de înregistrare (exemplu: 1) în cadrul unei observaţii statistice curente, cum ar fi studiul morbidităţii, cînd bolnavul revine în mod normal la consultaţii, se poate face corectarea datelor cuprinse în fişa individuală de consultaţie; 2) în cazul cînd o anchetă specială este organizată într-o colectivitate şi verificarea, făcută pe loc, arată goluri, absurdităţi sau neconcordanţe, se poate face un supliment de anchetă imediat, în aşa fel încît să se respecte unitatea de timp propusă pentru efectuarea anchetei).

In unele situaţii însă, nu este posibilă completarea sau corectarea materialului: deoarece unitatea de timp nu o permite (la recensămîntul general al populaţiei, care trebuie, conform definiţiei, să fie efectuat într-o singură zi); pentru că rezultatele se modifică pe măsură ce trece timpul (măsurătorile de dezvoltare fizică) etc.

In asemenea cazuri, toate fişele sau formularele, incomplete sau cu greşeli, se elimină pentru a nu denatura rezultatele finale.

II. *Prelucrarea statistică*

Prima operaţie de prelucrare statistică o constituie transcrierea datelor statistice din formularele verificate în tabele statistice, în vederea centralizării lor.

Tabelele statistice sînt de trei feluri:

— simple (datele sînt înscrise fără a fi grupate după o caracteristică cantitativă sau calitativă);

— grupate (datele sînt grupate pe o caracteristică comună, pentru a face posibilă cunoaşterea structurii colectivităţii studiate);

— combinate (datele sînt grupate după cel puţin două caracteristici, pentru a scoate în evidenţă corelaţia dintre fenomene).

Tabelele statistice trebuie redactate astfel, încît să facă posibil răspunsul la ipotezele de lucru formulate iniţial (5). De aceea, formularea titlului general al tabelului şi formularea întregului cap de tabel statistic reprezintă adevărate raţionamente, iar materialul, o dată înscris într-un tabel bine gîndit, sugerează singur interpretarea sa corespunzătoare.

Iată exemple de tabele simple centralizatoare din lucrarea „Metodologia cercetării morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă (8):

Tabelul 1

Atelierul	Nr. salariaţi	Nr. cazuri	Nr. zile
1	2	3	4

Tabelul 2

Denumirea bolii	Nr. cazuri	Nr. zile
1	2	3

In felul acesta, prin totaluri generale, s-au obţinut rezultatele sumare ale însăşi cercetării. Totalizarea simplă este totuşi insuficientă pentru caracterizarea fenomenului care ne interesează, în speţă morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă. Pentru o analiză mai aprofundată, este necesar ca această colectivitate de cazuri studiate să fie desmembrată în părţi izolate sau grupe, iar centralizarea să fie făcută pe aceste grupe omogene, înainte de a calcula indicatorii statistici prevăzuţi.

In acest fel, centralizarea statistică va reprezenta trecerea, de la datele asupra unităţilor separate, la date asupra grupelor de unităţi şi asupra întregii colectivităţi de cazuri studiate. Tehnica folosită în acest scop este cea a tabelelor combinate. Iată un exemplu de tabel combinat,

Tabelul 3

Cod	Denumirea bolii	Muncitori (numărul):						
		Total pe într.	Muncit. care nu s-au îmbolnăvit	Muncitori care s-au îmbolnăvit (din care)				
				Total	O dată	De două ori	De trei ori	Peste
1	2	3	4	5	6	7	8	9

în care datele rezultate din cercetare sînt grupate pe boli, după numărul de îmbolnăviri ale fiecărui muncitor.

Centralizarea pe grupe dă structura colectivităţii şi face posibilă studierea proceselor care au loc în colectivitatea cazurilor de incapacitate de muncă studiate. Ea presupune însă calculul diferenţiat, repartizarea prealabilă a unităţilor de observare pe grupe omogene.

Gruparea, ca atare, este legată de scopul pe care îl urmăreşte analiza statistică. De aceea, alegerea caracteristicilor necesare pentru separarea grupelor tipice este posibilă numai pe baza unei analize specifice, medicale, a obiectului cercetat. Astfel, în lucrarea analizată (8) alegerea tipului de tabel combinat în care sînt cuprinse grupări după mai multe caracteristici, nu era cu putinţă fără o cunoaştere a esenţei şi formei procesului de boală respectiv, care să stabilească grupele de simptome, de forme de boală etc.

Un exemplu clasic de grupare folosit în prelucrarea statistică a unor date medico-sanitare îl constituie clasificaţia (codul) bolilor. Intr-adevăr, orice analiză a morbidităţii populaţiei presupune această grupare. Pentru stabilirea acestor grupe de boli sînt necesare temeinice cunoştinţe medico-sanitare, clasificaţia (codul) bolilor „trebuind să permită o astfel de sistematizare a cazurilor de îmbolnăvire pe forme şi grupe nosologice, care să ducă la stabilirea cauzelor îmbolnăvirilor şi a factorilor care duc la dezvoltarea proceselor morbide... ţinînd seama şi de condiţiile concrete din practica activităţii de ocrotire a sănătăţii". (8).

Din analiza aceloraşi date de morbiditate, grupate diferit, aşa cum este făcută în lucrarea citată mai sus (8) apare limpede importanţa majoră a modului de grupare în prelucrarea statistică a datelor unei cercetări ştiinţifice. O grupare corectă scoate în evidenţă structura reală a

fenomenului urmărit, ajutînd la cunoaşterea adevăratelor cauze de îmbolnăvire.

Astfel, în clasificaţia lărgită, propusă în lucrarea citată, şi care grupează cazurile de îmbolnăvire pe 70 de cauze, au fost separate din cadrul clasei I **(Boli contagioase). Boli transmisibile grupa A.**, trei forme nosologice: febra tifoidă, dizenteria, hepatita epidemică. Legătura directă a acestor boli cu factorii de alimentaţie şi aprovizionare cu apă potabilă face ca individualizarea lor în cadrul grupării noastre să evidenţieze lipsurile eventuale în igiena alimentaţiei şi apei potabile, ca şi existenţa purtătorilor de germeni, punînd medicul pe calea combaterii factorilor de îmbolnăvire.

O grupare corectă prezintă de asemenea formele nosologice după principiile etiologice şi fiziopatologice ale noilor concepţii în medicină, stimulînd însuşirea acestora de către cadrele medico-sanitare în gîndirea lor medicală.

Astfel, din clasa a VII-a **(Reumatismul. Afecţiuni reumatismale)** au fost separate în acest cod de 70 de cazuri, trei forme nosologice: reumatismul cardio-vascular acut, cronic şi lumbago-lombosciatica, restul manifestărilor reumatismale fiind cuprinse într-un grup de „alte afecţiuni reumatismale".

Un alt exemplu de grupare statistică îl constituie alcătuirea grupelor omogene în cadrul diverselor caracteristici după care se sistematizează materialul în analiza morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă. Astfel, în lucrarea citată, gruparea materialului se face nu numai după cauze de îmbolnăvire, dar şi după locul de muncă (secţii, ateliere), după profesii, vechime în cîmpul muncii, sex, vîrstă etc. Fiecare din aceste caracteristici presupune stabilirea unei grupări în interiorul său.

Să analizăm ca exemplu gruparea profesiunilor în grupe omogene după noxele speciale la locul de muncă şi după condiţiile generale de lucru, arătate în lucrarea amintită. Reproducem împărţirea profesiilor din sectorul turnătorie. Ea se împarte în două:

„— prima grupă cuprinde turnători, topitori ajustori, încărcători — lucrînd în echipe, făcînd muncă asociată, la temperatură înaltă;

— a doua grupă cuprinde modelieri şi miezuitori, care lucrează formele de turnare din pămînt. Noxe speciale: praf".

In mod asemănător se pune problema alcătuirii de grupe omogene, semnificative din punctul de vedere studiat (în exemplul de mai sus, profesiile sînt privite sub aspectul pe care-l pot avea de influenţare a stării de sănătate a muncitorilor care le practică) la toate caracteristicile arătate, în afară de sex, unde posibilităţile sînt date prin natura lucrurilor.

Gruparea în ansambluri omogene în cadrul problemei studiate, la secţii şi ateliere — după condiţiile asemănătoare de muncă, la datele privind vechimea în cîmpul muncii — după perioada de timp susceptibilă a influenţa starea de sănătate a muncitorilor, la vîrstă — după aspectele speciale pe care le poate îmbrăca starea de sănătate a muncitorilor în funcţie de starea fiziologică a grupei de vîrstă etc., trebuie făcută pentru a da fiecare o imagine cît mai grăitoare pentru concluziile cercetării.

Un element important, care trebuie avut în vedere la grupare, este de a nu se dispersa datele culese în grupe prea numeroase față de volumul total al observațiilor, pentru ca rezultatele să nu apară ca nesemnificative.

Etapa finală de prelucrare a materialului o constituie calcularea indicatorilor sintetici. Acești indicatori, meniți să caracterizeze fenomenele studiate, se calculează pe baza tabelelor statistice, fie ele simple, grupate sau combinate.

Cunoaștem variați indicatori statistici, formă de exprimare cifrică a fenomenelor, și anume: mărimi absolute, mărimi relative (indici de structură, de intensitate, de dinamică etc.), mărimi medii (medie aritmetică, mediană, mod, medie ponderată), indicatori ai variabilității fenomenelor (rangul, deviația medie, deviația standard, coeficientul de variație), indici de corelație.

Putem de asemenea compara între ele proporții, medii, mediane, două combinații posibile între două atribute cu alte constante (folosind eroarea standard, eroarea probabilă și curba normală de probabilitate), pentru a determina dimensiunea diferenței care este posibil să intervină din întîmplare între două eșantioane de mărimi cunoscute (15 — p. 381).

In studiul asupra morbidității cu incapacitate temporară de muncă, au fost folosiți ca indicatori, pe lîngă **mărimi absolute, mărimi relative:**

a) indici de structură sau extensivi (indicii de greutate specifică a cazurilor și zilelor de incapacitate);

b) indici de intensitate (indici de frecvență a îmbolnăvirilor = proporția cazurilor de incapacitate față de colectivitatea studiată ; indici de gravitate = proporția zilelor de incapacitate față de colectivitatea studiată ; durata medie a incapacității temporare de muncă = raport între numărul zilelor de incapacitate față de numărul cazurilor de îmbolnăvire) ;

c) repartiția procentuală pe contingente de bolnavi și sănătoși; pentru bolnavi : repartiția procentuală de grupe de bolnavi care s-au îmbolnăvit o dată, de două ori, de trei ori etc.

Au mai fost folosite *mărimi medii* pentru caracterizarea colectivității de cazuri studiate, pe grupe omogene (indici medii pe întreprindere pe baza mediei aritmetice simple a indicilor pe ateliere; media îmbolnăvirilor față de un bolnav; media repetării îmbolnăvirilor pe un caz de boală; media muncitorilor pe întreprindere, secții, ateliere, profesii, pe grupe de vîrstă și grupe de vechime în cîmpul muncii, în profesiune și la locul de muncă).

In lucrarea citată (8) nu au fost calculați coeficienți de corelație, ci s-a efectuat numai o **analiză comparativă** a diverșilor indici (indicele de frecvență cu durata medie de îmbolnăvire și cu indicele de gravitate).

★

După efectuarea tuturor acestor operații (observare de masă și prelucrare statistică a materialului), se poate realiza analiza calitativă a materialului de către specialistul în problemă.

Elaborarea indicatorilor, ca și toate celelalte etape de lucru în aceste

studii medico-sanitare, se face, după cum am mai arătat, ţinînd seama de indicaţiile şi concluziile ştiinţelor medicale.

Pornind de la tezele medicinei clinice şi organizării sanitare în legătură cu morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, de pildă, statistica medico-sanitară a determinat sfera fenomenelor şi proceselor morbide care să fie exprimate cifric; a stabilit caracteristicile cele mai juste şi cuprinzătoare, care să ducă la o grupare ştiinţifică a materialului pe clase de boli, loc de muncă, profesie, vîrstă, sex etc.; a ales indicatorii statistici cei mai expresivi pentru a caracteriza colectivitatea de cazuri studiate (indici de structura morbidităţii, de frecvenţa îmbolnăvirilor, de durata medie a îmbolnăvirii etc.).

De aceea, două lucruri importante trebuie subliniate în încheierea acestui articol:

— faptul că fenomenele şi procesele caracteristice sănătăţii populaţiei, creşterii şi mişcării ei, nu pot fi cunoscute ştiinţific decît cu ajutorul statisticii medico-sanitare;

— faptul că statistica medico-sanitară nu poate fi ruptă de medicină şi organizare sanitară, nici una din metodele de cercetare statistică arătate de noi neputînd fi folosită fără a se ţine seama de principiile de bază ale domeniului specific în care se aplică.

Aceasta presupune că o cercetare ştiinţifică de statistică medico-sanitară nu poate fi făcută decît de medic, ceea ce implică o răspundere nouă pentru medicul cercetător de probleme medico-sanitare şi pentru medicul organizator de sănătate:

stăpînirea, deopotrivă de riguroasă, a teoriei şi metodologiei proprii domeniului său de cercetare medico-sanitar şi a teoriei şi metodologiei statisticii medico-sanitare, pentru a realiza cunoaşterea ştiinţifică a realităţii.

BIBLIOGRAFIE

1. BAKLANOV G. I. — Curs de statistică teoretică. Editura de stat pentru statistică, Moscova, 1952 (trad. dact. pentru uz intern D. C. S., 1953).
2. BATKIS G. A. — Organizarea ocrotirii sănătăţii publice, Bucureşti, Ed. Medicală.
3. BOIARSKI A. I. şi SUSERIN P. P. — Statistica demografică, Moscova, 1951 (trad dact. la Inst. igienă Bucureşti).
4. KUVSINNIKOV P. A. — Principiile statisticii sanitare sovietice şi sarcinile ei. **Ocrotirea sovietică a sănătăţii,** 1952, nr. 2, p. 8—16.
5. DUMITRESCU A. — Aspecte mai importante ale pregătirii unei cercetări ştiinţifice de teren. **Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.,** 1953, nr. 6, p. 22—27.
6. DUMITRU V. — Cu privire la definirea şi clasificarea indicatorilor statistici. **Revista de Statistică,** 1953, nr. 4, p. 63—76.
7. GRACIOV N. G. — Grupările statistice. Ed. stat pentru literatură ştiinţifică, Bucureşti, 1953, 169 p.
8. LAPUŞAN I. — Metodologia cercetării morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă. (Lucrare comunicată la Sesiunea ştiinţifică a Centrului de organizarea ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei din aprilie 1955).
9. MUREŞAN P. — Unele probleme de statistica stării de sănătate a populaţiei. **Revista de statistică,** 1953, nr. 6, p. 43—52.
10. MUREŞAN P. — Statistică medico-sanitară, Bucureşti, Ed. Medicală, 1955, 447 p.
11. OSTROUMOV S. — Cu privire la problema obiectului şi metodei statisticii sovietice. Din: **Vestnik statistikii,** 1952, nr. 3, trad. dact. I. R. S.

12. OSTROVIȚIANOV K. V. — In legătură cu rezultatele discuțiilor privitoare la statistică (textul prelucrat al referatului ținut la ședința Prezidiului Academiei de științe a U.R.S.S. la 28 mai 1954). **Revista de statistică**, 1954, nr. 5.
13. PESCARU AL. — Cu privire la metodologia muncii științifice. **Revista de ocrotirea sănătății în R.P.R.**, 1953, nr. 6, p. 17—22.
14. PETRE O. — Cîteva indicații metodologice pentru întocmirea tabelelor în statistica agricolă. **Revista de statistică**, 1953, nr. 6, p. 19—29.
15. RIMNEANȚU P. — Elemente de biometrie medicală și statistică vitală. București, Ed. I. C. S., 1939, XVI + 468 p.
16. STOICHIȚĂ V. — Despre indicii statistici. **Revista de statistică**, 1953, nr. 6, p. 127—154.

Articol intrat în redacție în decembrie 1955.

★

Научная методика статистических исследований в медико-санитарной области

В статье излагаются основные элементы статистической методики, применяемые в медико-санитарной области в случаях, при которых изучаемые явления имеют выраженный социальный характер (демографические явления, заболеваемость, деятельноеть медико-санитаиных учреждений и вообще процессы организации здравоохранения).

Излагая характеристику массовых наблюдений, статистической группировки данных и особых синтетических показателей в этой области неследования, автор отмечает следующее:

— явления и процессы, характеризующие состояние здоровья населения, увеличение населения и его динамика могут научно изучаться только при помощи медико-санитарной статистики;

— медико-санитарная статистика неотделима от медицин и санитарной организацяи и ни один из статистических методов не может быь использован без учета основных принципов общей и социальной медицины.

★

La méthodologie scientifique de la recherche statistique, dans le domaine médico-sanitaire.

Dans cet article, l'auteur pose les éléments fondamentaux de la méthodologie statistique, utilises dans le domaine médico-sanitaire, là où les phénomènes étudiés présentent un caractère social très prononcé (phénomènes démographiques, morbidité, activité des unités médico-sanitaires et, en général, l'organisation de la protection de la santé).

Après avoir mis en évidence les caractéristiques de l'observation des phénomènes de masse, du groupement statistique des données et des indicateurs synthétiques de ce domaine de recherche, l'auteur conciut:

— étant donné que les phénomènes et les processus caractéristiques de la santé de la population, de son accroissement et de son mouvement démographique, ne peuvent être connus scientifiquement qu'avec l'aide de la statistique médico-sanitaire;

— étant donné que la statistique médico-sanitaire ne peut être détachée de la médecine et de l'organisation sanitaire, aucune méthode statistique ne peut être utilisée sans tenir compte des principes fondamentaux de la médicine et de la médicine sociale.

Tradiţii democrate şi revoluţionare ale medicinei romîne

Legăturile lui N. Zubcu-Codreanu cu studenţii medicinişti din Bucureşti

Dr. Gheorghe Brătescu şi conf. Geza Grosz

S-au împlinit 80 de ani de la înfiinţarea Societăţii studenţilor în medicină din Bucureşti, ale cărei începuturi sînt strîns legate de unele din cele mai luminoase momente ale vieţii social-politice din Romînia celei de-a doua jumătăţi a secolului trecut. Drumul străbătut de-a lungul deceniilor de această primă asociaţie studenţească de la noi a fost deosebit de complicat şi contradictoriu, reflectînd nemijlocit frămîntările tineretului universitar din ţara noastră.

Elementele reacţionare, care între cele două războaie mondiale au uzurpat conducerea Societăţii, s-au străduit să ascundă orientarea în general democrată de pînă atunci, urmărind să creeze impresia că Societatea a fost totdeauna o citadelă a şovinismului. Este caracteristică în această privinţă atitudinea „cronicarilor" oficiali ai asociaţiei, care în lucrarea în trei volume „Istoricul Societăţii studenţilor în medicină" au trecut sistematic sub tăcere manifestările progresiste ale înaintaşilor. Mai mult chiar, după eliberarea Patriei noastre, în toamna anului 1944, un grup de elemente fasciste, mînă-n mînă cu reprezentanţii partidelor istorice, au încercat să se opună democratizării Societăţii, invocînd aceeaşi pretinsă „tradiţie" obscurantistă.

Dar la o cercetare obiectivă, se impune adevărul istoric că, departe de a fi fost o fortăreaţă a reacţionarismului, Societatea a constituit, mai ales în primul ei deceniu de la înfiinţare, o poziţie înaintată în viaţa politică şi culturală a ţării.

Abia mai tîrziu, cînd înspăimîntate de ascuţirea extremă a contradicţiilor proprii regimului burghezo-moşieresc, clasele exploatatoare, incapabile să-şi menţină dominaţia prin metodele folosite pînă atunci, au început să recurgă la fascism, forma cea mai sălbatică de exercitare a dictaturii lor, abia atunci elementele fasciste au ajuns prin teroare, cu sprijinul din umbră, ba uneori chiar deschis al autorităţilor, la conducerea Societăţii studenţilor în medicină.

Desigur că şi pînă la faimoasa „generaţie de la 1922", unele tendinţe retrograde se manifestaseră în sînul Societăţii, că şedinţele fuseseră prilej de ciocniri politice adesea furtunoase; orientarea democrată precumpănise însă mai totdeauna. Trebuie subliniat mai cu seamă faptul că înte-

meietorii Societății, cu toate ezitările și confuziile lor, erau animați de idei îndrăznețe de progres social, erau hotărîți să pună știința lor în slujba maselor.

Această neprețuită tradiție a medicinei noastre, se cere astăzi scoasă la lumină [1].

★

Primele promoții de studenți ai facultății de medicină din București, deschisă în 1869, nu s-au recrutat din păturile sociale înstărite. Fiii marilor moșieri și capitaliști evitau învățămîntul medical, care cerea o mai strictă disciplină de studiu și care, mai ales, nu deschidea perspective pentru o carieră prea strălucită. Tinerii din protipendadă, care se decideau totuși pentru medicină, priveau cu dispreț facultatea noastră. Un contemporan al acelor vremuri notează în amintirile sale: „Rareori un student al unei universități din țară poate ajunge în Romînia pe rîndurile dintîi. Spre a înainta și ajunge se cere lustrul străinătății... A rămîne în țară a însemnat aci, în Romînia, o cauză de inferioritate" [2].

Doar cei lipsiți de mijloace puteau să se resemneze cu o asemenea poziție defavorabilă; fără să ne mai referim la toate dezavantajele legate de nivelul destul de scăzut al unui învățămînt care abia se înfiripa : selecționarea profesorilor se făcea fără prea mare exigență și totuși rămîneau catedre neocupate, lipseau atît manualele cît și materialele pentru lucrări practice, iar despre clinici propriu-zise încă nu se putea vorbi. In această perioadă de început, condițiile de admitere în facultate erau relativ puțin severe, fapt care a înlesnit oarecum accesul celor fără mari posibilități materiale. Fără îndoială că la facultate recrutarea studenților nu se mai făcea ca pe vremea „școlii lui Davila", dintre tineri din care unii nu depășiseră nici măcar instrucția elementară, dar chiar după 1880 bacalaureatul nu devenise încă obligatoriu pentru obținerea titlului de „licențiat în medicină". Așa se face că cei mai mulți medicinești proveneau dintre țărani și mica burghezie orășenească. Rar cînd întîlnim cîte un fiu de boiernaș, cum a fost, de pildă, C. Istrati.

Nu putem bănui ca lipsite de sinceritate declarațiile prin care acești studenți necăjiți își proclamau solidaritatea cu interesele și năzuințele poporului. „Ieșit din mijlocul poporațiunii rurale, în care m-am născut și am crescut, totdeauna n-am încetat a îndrepta spre dînsa gîndurile mele; suferințele sale, păsurile, nevoile și nefericirea ei m-au pus totdeauna pe gînduri" [3], mărturisea în introducerea tezei sale de doctorat G. Manicea, unul dintre membrii fondatori ai Societății studenților în medicină. Aceleași simțiminte le afirmă în repetate rînduri însuși inițiatorul întemeierii Societății N. Manolescu, fiu de țăran, care pînă să poată înscrie la facultate a trebuit să-și cîștige existența ca învățător [4].

Iată, de altfel, cum descrie el împrejurările în care a luat naștere

---

[1] O contribuție valoroasă aduce în această direcție lucrarea „Din istoricul legăturilor revoluționare romîno-ruse. 1849—1881" (Buc., 1955) de Gh. Haupt, care ne-a oferit o serie de date și informații referitoare la tema noastră.

[2] C. BACALBAȘA. — „Bucureștii de altă dată", vol. I, Buc., 1927, p. 332.

[3] G. V. MANICEA. — Considerații asupra mortalității generale, Buc., 1880, pag. 3.

[4] N. DRAGOMIR. — Viața și opera prof. N. Manolescu, Cluj, 1930, pag. 9.

asociația studențească: „Sărac cum eram, nu puteam să-mi cumpăr cărțile necesare studiilor și cu atît mai puțin nu-mi puteam plăti luxul de a mă abona la vreo gazetă medicală; și în dorința ce aveam de a citi lucrările noi, îmi veni ideea de a cere de la cîțiva prieteni cîte 10 lei împrumut și cum am făcut o sută de lei, m-am abonat la „Archives physiologiques". Cum nu aveam însă nici putința, nici gîndul de a da înapoi împrumutul făcut, îndată ce mi-a sosit jurnalul, l-am dat și lor ca să-l citească, anunțîndu-le totodată dispoziția ce luasem asupra împrumutului. Cu citirea primului număr o mulțime de inconveniente se iviră și cel mai de căpetenie era că jurnalul se rupea înainte de a-l citi toți cei care-l plăteau; atunci se simți necesitatea unui loc unde să ținem jurnalul și unde fiecare să vină să-l citească. Din această cauză se născu ideea unei mici societăți, unde fiecare să aducem cărțile ce aveam, ca să le putem citi cu toții. Ideea aceasta o spusei lui Istrati, Boicescu, Argeșeanu, Manicea, Stăuceanu, Butărescu, Filibiliu, Pastia și alții și la 1 ianuarie 1875 am pus bazele Societății studenților în medicină, prima societate de studenți în Romînia" [1].

Era firesc ca printre asemenea tineri de origine modestă să găsească ecou ideile radicale, opuse concepțiilor oficialității. Tocmai atunci, în perioada din preajma proclamării independenței Romîniei, se observă o întețire a luptei maselor muncitoare împotriva exploatării burghezo-moșierești, împotriva puterii de stat aflată în mîinile reprezentanților „monstruoasei coaliții".

Aceasta este epoca în care apar primele manifestări ale mișcării muncitorești, începînd cu Asociația lucrătorilor, întemeiată la București în 1872. Nici lumea satelor nu este însă mai potolită.

Legea rurală din 1864 reprezentase un pas înainte în extinderea capitalismului în agricultura țării noastre, dar prin menținerea latifundiilor, „chestiunea agrară" era departe de a-și fi găsit rezolvarea. Foarte mulți plugari nu beneficiaseră în nici un chip de împroprietărire, iar pe de altă parte, prin tot felul de abuzuri și înșelăciuni, boierimea izbutise să reintre în scurtă vreme în posesia unei bune părți din întinderile de pămînt, pe care le „cedase" în schimbul compensațiilor înrobitoare pentru țărănimea săracă. Nemulțumirile creșteau și răbufneau adesea cu violență. Pretutindeni, țăranii se ridicau împotriva „învoielilor" impuse silnic de moșieri. Se auzeau și voci care afirmau că în unele privințe starea sătenilor se înrăutățise față de cea dinainte de desființarea șerbiei.

Medicinștii, fii de țărani, nu puteau să rămînă nepăsători la suferințele părinților și fraților lor. Corupția politicianistă, care domnea trebuia și ea să umple de revoltă pe orice tînăr cinstit. Tendințele radicale ce se schițau printre mulți studenți ai Facultății de medicină nu ar fi izbutit însă să se cristalizeze și nu ar fi fost canalizate către forme concrete de manifestare, dacă nu intervenea un element hotărîtor: contactul direct cu emigranții revoluționari din Rusia și, în special, cu Nicolae Zubcu-Codreanu.

---

[1] V. GOMOIU. — Istoricul Societății studenților în medicină, 1875—1906, Buc., 1906, pag. 12.

Zubcu-Codreanu cunoscuse din copilăria petrecută în satul natal, Nisporeni, împilarea țărănimii iobage sub regimul țarist. Incă la Chișinău, în anii de seminar, s-a apropiat de ideile lui Cernîșevski și Dobroliubov, ca apoi, la Petersburg, unde urmase cursurile Academiei medico-chirurgicale, să se dedea cu totul activității revoluționare, fiind unul dintre participanții activi ai cercurilor conspirative studențești. Primind însărcinarea să asigure trecerea clandestină în Rusia a materialelor tipărite în străinătate. Zubcu-Codreanu vine în 1874 în Romînia, instalîndu-se la Iași. Dorind însă să continue studiile universitare, el se mută în primăvara lui 1875 la București, căci la acea dată în capitala Moldovei nu exista o facultate de medicină.

Autoritățile școlare au întîmpinat fără bunăvoință pe tînărul refugiat politic, neadmițîndu-i să dea decît examenele de licență, iar nu pe cele de doctorat.

In toamna aceluiași an, sosește la București, după o serie de peregrinări prin Europa, alt student medicinist, participant la activitatea cercurilor narodnice, Nicolae Russel (Sudzilovski), care și el și-a încheiat studiile medicale la facultatea noastră, unde în iunie 1877 obține titlul de doctor, susținînd teza „Asupra metodei antiseptice de tratament în chirurgie", una din primele lucrări care au popularizat metodele listeriene în Romînia.

Spre deosebire de Russel, a cărui trecere prin facultatea din București a fost, se pare, destul de grăbită, Zubcu-Codreanu, trebuind să depună aici o serie de examene, a intrat în relații strînse cu colegii săi. Dar el nu se putea mulțumi cu simple legături „școlărești" cu acești colegi. Zubcu-Codreanu cunoscuse studențimea petersburgheză, entuziasmată de ideile de libertate și progres, gata de orice sacrificii pentru triumful cauzei. De aceea, el nu putea să nu simtă îndemnul de a atrage și pe noii săi prieteni bucureșteni la activitatea revoluționară. Și este lesne de înțeles pentru care motive s-a străduit să cîștige în primul rînd elemente din tineretul studios.

Zubcu-Codreanu era un narodnic revoluționar, adept al așa-zisului „socialism-țărănesc", formă rusească a socialismului utopic. Din această cauză el nu putuse să înțeleagă rolul clasei muncitoare, forța revoluționară cea mai consecventă, nemaivorbind de faptul că înainte de 1877, datorită slabei dezvoltări a industriei, proletariatul nostru era puțin numeros și neomogen. Pe de altă parte, în mintea lui Zubcu-Codreanu era proaspătă amintirea nereușitei încercărilor acelor narodnici care „mergeseră în popor", printre țărani, pentru a-i răscula împotriva autocrației. Efortul său s-a îndreptat deci către intelectualii tineri, necorupți de sistemul burghezo-moșieresc, dornici să-și asume răspunderea luptei pentru transformarea societății, capabili să acționeze ca „individualități conștiente".

Ceea ce l-a impresionat însă în chip dureros atunci cînd a început să cunoască tînăra noastră intelectualitate a fost indiferența ei pentru problemele sociale, preocuparea exclusivă pentru meschine interese personale. Un biograf redă astfel prima opinie a lui Zubcu-Codreanu despre studențimea romînă de atunci: „O necunoștință naivă... despre tot ce tul-

bură şi chinuieşte viaţa socială a continentului nostru... Ba încă, aici nu se ocupă tinerii nici de ştiinţă"[1].

Totuşi, Zubcu-Codreanu nu a demobilizat, ci s-a străduit să clatine această nepăsare, adresîndu-se celor mai sîrguincioşi şi mai cinstiţi dintre colegii săi. Datorită puterii de convingere şi prestigiului său moral, el izbuteşte curînd să apropie de concepţiile sale înaintate un număr de studenţi, închegînd încă în 1875 un cerc conspirativ, în care printre primii au intrat cîţiva membri ai Societăţii studenţilor în medicină, fondată şi ea doar cu cîteva luni înainte. In felul acesta, cum notează C. Bacalbaşa, unul dintre participanţii vremelnici la activitatea cercului întemeiat de Zubcu-Codreanu, mişcarea socialistă bucureşteană a început „din spitale" [2].

Datele rămase despre numele participanţilor şi activitatea internă a acestui grup nu sînt destul de complete şi precise. Bacalbaşa, de pildă, îşi aminteşte că, fiind invitat într-o seară la o întrunire secretă la Spitalul „Filantropia", a întîlnit acolo cîţiva studenţi în medicină şi drept, printre care Sabin, Stăuceanu, Spiroiu, Frunzescu, Scorţeanu, Manicea, Inotescu [3]. Cu excepţia lui Scorţeanu, toţi aceştia sînt medicinişti, dintre care K. Stăuceanu şi G. Manicea au fost membri fondatori ai Societăţii studenţilor în medicină, iar G. Sabin, Al. Spiroiu, E. Frunzescu şi P. Inotescu aveau să facă parte din comitetele de conducere ale Societăţii. In „Amintirile" sale, dr. G. Sabin afirmă, între altele, că cercul ar fi avut şi un sediu, la hotelul „Concordia" din str. Smîrdan şi că pentru a înşela vigilenţa autorităţilor s-ar fi intitulat „Societatea de cultură şi solidaritate între studenţi" [4], dar prea mult temei nu se poate pune pe declaraţiile unuia care se mîndreşte că a părăsit grupul la îndemnul prefectului poliţiei Capitalei...

In afară de Zubcu-Codreanu şi Russel, şi alţi emigranţi revoluţionari ruşi s-au interesat de cercul studenţesc conspirativ. „Sîntem convocaţi într-o seară — povesteşte Bacalbaşa — într-una din întunecoasele chilii ale vechiului Spital „Colţea". Ni se anunţă o mare noutate: un nihilist rus din cei mai de frunte va fi printre noi. Cînd s-a înserat, ne-am strecurat ca umbrele pe sub turnul „Colţei" şi ne-am întrunit vre-o 15 în odăiţa abia încăpătoare a unui intern. Aci am găsit pe nihilistul anunţat: era Costică Dobrogeanu, devenit mai tîrziu Gherea în literatură" [5].

Dar membrii grupului nu se mărgineau la lectura scrierilor revoluţionare şi la discuţii asupra problemelor politice la ordinea zilei.

Ei au dat un sprijin efectiv la transportul şi depozitarea tipăriturilor trimise în Rusia din centrele emigraţiei. Această activitate a căpătat o amploare deosebită în anii 1877—1878, datorită prezenţei în ţara noastră a armatelor ruse, în mijlocul cărora se difuzau mari cantităţi de literatură ilegală. K. Stăuceanu, devenit preşedinte al Societăţii studenţilor în medicină în 1879—1881, împreună cu Eugen Lupu, student în drept la Iaşi,

---

[1] O pagină din „Socialismul romîn". Viaţa şi activitatea lui Nicolae Zubcu-Codreanu, f. a., pag. 15.

[2] C. BACALBAŞA, op. cit., pag. 333.

[3] Idem, pag. 244.

[4] G. SABIN. — Amintiri din războiul independenţei, Buc., 1912, pag. 7—10.

[5] C. BACALBAŞA, op. cit., pag. 333.

a fost cel mai apropiat colaborator al lui Dobrogeanu-Gherea în organizarea trecerii peste Prut a materialelor clandestine [1].

Un sprijin preţios a dat Stăuceanu în împrejurări asemănătoare lui N. Zubcu-Codreanu şi Zamfir Arbure. Astfel, avînd o dată de efectuat un transport masiv de cărţi, cei doi refugiaţi din Rusia nu se puteau prezenta ei înşişi pentru a ridica coletele, de teamă să nu fie recunoscuţi de agenţii poliţiei ţariste. „In această situaţie — relatează Arbure — ne-a scos din încurcătură răposatul doctor K. Stăuceanu, care pe atunci era intern la Spitalul de copii din str. Diaconeselor... Stăuceanu s-a dus la gară, a scos coletele şi le-a transportat la spital, unde le-a descărcat în odaia sa, cu prealabila învoire a şefului său, răposatul dr. Serigu" [2].

Şi alţi medicinişti contribuiau la stabilirea legăturilor dintre organizaţiile revoluţionare din Rusia şi emigranţii aflaţi în oraşele din apusul Europei, fie oferind adresele lor pentru primirea corespondenţei şi a fondurilor, fie adăpostind temporar tipăriturile interzise de cenzură. Intr-un bilet primit de la un prieten de C. Istrati, acesta este anunţat: „Scrisoarea ce mi-ai înapoiat pentru Codreanu stă la mine, fiindcă destinatarul lipseşte din Capitală..."; iar cu alt prilej: „De Codreanu nu se ştie nimic pe unde o fi ; are şi dînsul o scrisoare din Rusia" [3].

Participanţii grupului studenţesc din jurul lui Zubcu-Codreanu, paralel cu munca lor conspirativă sau semiconspirativă, au dus şi o activitate mai largă de propagandă, în primul rînd printre colegi şi chiar printre profesorii facultăţii de medicină. Intr-o notă biografică despre Al. Spiroiu, secretar al Societăţii studenţilor în medicină în 1876—1878, acesta ne este înfăţişat în anii studenţiei ca un „scriitor înflăcărat pentru ideile sociale şi progresiste cele mai înaintate, pe care le profesa cu ardoare, le propaga cu pasiune în toate împrejurările ; toţi le ascultau cînd veneau de la dînsul şi chiar bătrînul profesor Turnescu discuta cu el în orele libere asupra chestiunilor sociale, lăsa să se convingă şi era pe cale de a deveni adeptul lor" [4].

Unul din principalele obiective ale membrilor cercului a fost influenţarea activităţii societăţii studenţilor în medicină, prin care aveau posibilitatea să se adreseze unui număr apreciabil de colegi. Acest lucru apare cu atît mai important, cu cît la şedinţele Societăţii fuseseră admişi şi studenţi de la alte facultăţi.

Dacă în listele de membri nu figurează numele lui N. Zubcu-Codreanu (care nu poseda cetăţenia romînă), aceasta nu înseamnă că el s-ar fi dezinteresat de orientarea Societăţii studenţilor în medicină. Este semnificativ faptul că, în tabloul donaţiilor făcute în 1879 bibliotecii Societăţii, figurează şi zece cărţi de la „defunctul Nicolae Codreanu" [5], probabil întreaga literatură medicală pe care acesta o putuse lua cu el la Curtea de Argeş, unde se ascunsese de agenţii Ohranei şi unde l-a surprins moartea, în ultima zi a anului 1878.

---

1 **Lupta zilnică**, anul XI, nr. 107 din 10 mai 1915.

2 ZAMFIR C. ARBURE. — In exil, Craiova, 1896, pag. 391—392.

3 **Arhiva documentară C.O.O.S.I.M., fondul C. Istrati**, scrisori primite de la N. Botescu, datate 19 iulie şi 19 august 1877.

4 **Spitalul**, supliment la nr. 1 din 1897, pag. 30.

5 **Arhiva I.M.F. Bucureşti, fondul S.S.M.B.**, dosarul 1880.

Sub impulsul conducătorilor înrîuriţi de Zubcu-Codreanu, Societatea şi-a îmbogăţit foarte curînd preocupările. Comunicările ştiinţifice nu se mai limitează la subiecte de patologie şi terapie, la prezentări de cazuri clinice, ci apar teme noi, cu implicaţii filozofice şi medico-sociale: „Forţă şi materie" (1878), „Intoxicaţia cu fosfor" (1877), „Unitatea materiei" (1878), „Cîteva cuvinte asupra selecţiei la om" (1879), „Cauzele mortalităţii în populaţia rurală" (1881) etc.

Un mare pas înainte pentru democratizarea Societăţii s-a făcut în aceeaşi perioadă, modificîndu-se condiţiile admiterii membrilor. Sub influenţa tendinţelor şovine manifestate de mai mulţi fondatori, în ianuarie-februarie 1875 se hotărîse să nu fie acceptată decît înscrierea studenţilor de naţionalitate romînă. O luptă susţinută s-a purtat apoi timp de cîţiva ani în jurul acestei chestiuni. Aşa se explică, de altfel, şi faptul că multă vreme, datorită dezacordului dintre elementele cu tendinţe democrate şi cele naţionaliste, s-a amînat publicarea statutelor. In 1879 se decide însă revizuirea criteriilor admiterii în Societate, în sensul primirii ca membri activi a oricăror studenţi medicinişti, iar ca membri corespondenţi a colegilor de la facultatea de ştiinţe şi şcolile superioare de farmacie şi veterinare.

Intre timp, mulţi membri ai Societăţii avuseseră prilejul să dovedească patriotismul lor, înrolîndu-se ca voluntari în formaţiile sanitare care au participat la războiul de independenţă. Acelaşi lucru îl făcuse şi Zubcu-Codreanu, care în mai 1877 solicitase înscrierea în unităţile „Crucii Roşii".

S-a remarcat atunci, prin activitatea depusă la ambulanţe şi în spitalele din preajma zonei de operaţii, „grupul celor 14" studenţi în medicină, avînd în frunte pe K. Stăuceanu şi Al. Spiroiu. De altfel, nici în asemenea împrejurări medicinistii nu au scăpat prilejul unor manifestări politice. La Caracal, de exemplu, a fost nevoie de intervenţia ofiţerilor pentru a li se interzice să cînte într-una cîntecul republican „Marseilleza" [1], considerat în unele ţări ca marş revoluţionar.

Studenţii subchirurgi, atît „grupul celor 14", cît şi cei de la alte ambulanţe, au desfăşurat tot timpul războiului o muncă neobosită. Numeroşi au fost cei care s-au îmbolnăvit de tifos (printre care Al. Spiroiu, I. Uziel, I. Apostoleanu), iar doi membri ai Societăţii studenţilor în medicină şi-au jertfit chiar viaţa (I. Corvin şi P. Lăzărescu) [2].

După război, atitudinea politică democrată a Societăţii se accentuează. Trebuie menţionate în această privinţă legăturile foarte strînse care se stabilesc cu Clubul studenţilor Universităţii din Iaşi, unde de asemenea activau elemente sub influenţa emigranţilor revoluţionari din Rusia. Astfel, la cîteva şedinţe aniversare ale Societăţii studenţilor în medicină din Bucureşti participă Eugen Lupu, ca reprezentant al Clubului ieşan, iar la festivitatea anuală din 1881, a fost invitat în mod special chiar N. Russel [3].

---

[1] G. SABIN, op. cit., pag. 31.

[2] **Progresul medical romîn**, anul II, nr. 10 din 8 martie 1880.

[3] Documente privind istoria Romîniei. Războiul pentru independenţă, Vol. I, partea I-a, pag. 698.

Un eveniment în viaţa Societăţii a fost şedinţa din 14 ianuarie 1879, consacrată celei de-a patra aniversări, şedinţă la care Al. Spiroiu a prezentat o „dizertaţie" despre „Superioritatea vieţii sociale asupra celei individuale". Deşi în „dizertaţie" se simte mai ales influenţa concepţiilor solidariste ale sociologilor pozitivişti, trebuie subliniat faptul că medicinştii s-au socotit datori ca în această împrejurare solemnă să se pronunţe împotriva tendinţelor individualiste şi să afirme datoria medicului de a se pătrunde de conştiinţa răspunderii sale faţă de societate. De altfel, discursul a fost bine apreciat de cercurile progresiste, fiind şi reprodus în revista „Femeia romînă", una din publicaţiile cele mai înaintate ale vremii.

Şi în alte împrejurări conducătorii Societăţii au luat poziţie politică deschisă. Inmormîntarea lui Zubcu-Codreanu, care a avut loc la Curtea de Argeş la 3 ianuarie 1879, prilejuise intervenţia sălbatecă a autorităţilor pentru a impune, contrar voinţei defunctului, ceremonia religioasă. Opinia publică a fost multă vreme frămîntată de discuţiile în jurul acestui act samavolnic, viu comentat chiar în parlament. Printre glasurile care s-au ridicat împotriva josnicei încălcări a libertăţii de conştiinţă s-a remarcat un protest din partea prietenilor lui Zubcu-Codreanu, protest în care este exprimat desăvîrşitul lor respect faţă de memoria celui dispărut: „Noi admiram totdeauna profunditatea şi inima generoasă a acestui om, care dorea să facă atît de mult pentru poporul romîn, pe care-l iubea din fundul inimii sale şi care devenise obiectul principal al preocupaţiilor sale. In aceste momente nu putem decît să regretăm din tot sufletul această inimă mare, acest amic al poporului, care la 28 de ani a încetat de a mai vieţui". Din cei nouă semnatari ai protestului, cinci erau foşti sau actuali membri ai Societăţii studenţilor în medicină (C. Istrati, I. V. Ştefănescu, K. Stăuceanu, G. V. Manicea, C. D. Gorănescu) [1].

Medicii şi studenţii în medicină, care l-au cunoscut, au păstrat un adevărat cult pentru Zubcu-Codreanu. In teza sa de doctorat, C. Manicea îl numeşte un „mare om al contemporaneităţii" [2]. C. Istrati contribuie la publicarea broşurii „O pagină din socialismul romîn. Viaţa şi activitatea lui Nicolae Zubcu-Codreanu", în care sînt reproduse scrisori ale celui dispărut. La sediul Societăţii a fost fixat un portret al neuitatului îndrumător al medicinştilor [3].

Asemenea manifestări au făcut ca, în primul său deceniu de activitate, Societatea studenţilor în medicină să fie considerată ca organizaţie cu orientare socialistă, sub influenţa „nihiliştilor" ruşi. Intr-o scrisoare din martie 1881, adresată conducerii, un student cu vădite simpatii monarhice, deplîngînd faptul că Societatea încă nu a considerat necesar să depună omagii tronului cu ocazia proclamării regatului, atrage atenţia că o asemenea atitudine ar putea compromite obţinerea unor subvenţii din partea oficialităţilor, mai ales cînd „noi ne bucurăm de reputaţia falsă de nihilişti" [4].

---

[1] **Romînul**, anul XXIII, 25 ian. 1879.
[2] I. G. MANICEA, op. cit., pag. 35.
[3] Arhiva I.M.F. Bucureşti, fondul S.S.M.B., dosarul IV, 1881, fila 35.
[4] Idem, fila 70.

Reputaţia aceasta a fost întărită şi de atitudinea pe care a adoptat-o preşedintele Societăţii, Stăuceanu, cu ocazia incidentelor petrecute la Iaşi în legătură cu cea de-a zecea aniversare a Comunei. După cum se ştie, guvernul liberal a interzis această sărbătorire, a arestat pe socialişti şi a dispus expulzarea unor conducători revoluţionari, printre care şi N. Russel. Stăuceanu i-a trimis acestuia o scrisoare în care exprima indignarea elementelor democrate din ţara noastră faţă de comportarea nedemnă a guvernanţilor: „Regret ceea ce ţi s-a întîmplat. Arată asemenea şi amicilor noştri regretele mele. Nu vă supăraţi însă, că v-a arestat nu ţara, care simpatizează cu voi, ci negruţii" [1]. Este meritul lui Stăuceanu de a fi ştiut să sublinieze în această împrejurare existenţa a două Românii, aflate în antagonism: cea oficială, a exploatării şi a reacţiunii, şi ţara milioanelor de năpăstuiţi, sprijinitori ai luptei revoluţionare.

Pe lîngă aceasta, Stăuceanu a adresat Ministerului Instrucţiei, în calitate de preşedinte al Societăţii studenţilor în medicină, un memoriu prin care protesta împotriva excluderii definitive din universitate a lui C. Mille şi Al. Bădărău, fruntaşii Clubului studenţesc de la Iaşi. Aceste acţiuni au făcut ca tensiunea dintre elementele progresiste şi cele conservatoare de la conducerea Societăţii să crească la maximum. După cîteva luni de şedinţe agitate, Stăuceanu este demis din preşedinţie în iunie 1881.

Dar nici după înlocuirea lui, nu încetează manifestările democrate ale Societăţii. Studenţii şi medicii progresişti au participat activ la lupta pentru demascarea profesorului Gr. Romniceanu, a cărui atitudine devenise intolerabilă. Prin purtarea sa brutală şi jignitoare, Romniceanu, care avea mai mult calităţi de agent electoral decît de pedagog, reuşise să-şi atragă ura studenţimii, determinînd-o să nu-l mai accepte la catedră. Agitaţiile studenţeşti au durat mai mult de un an, guvernul liberal susţinînd cu încăpăţînare pe protejatul său. Medicinişti lor li s-au alăturat curînd colegi de la celelalte facultăţi. S-au ţinut întruniri săptămînale, s-au semnat memorii, s-a întreţinut o largă campanie de presă, s-a făcut pînă şi afişaj împotriva lui Romniceanu, care pentru o vreme a fost silit să dea înapoi. In februarie 1885, Societatea îi retrage acestuia calitatea de membru de onoare. Rolul jucat şi de astădată de elementele care fuseseră în jurul lui Zubcu-Codreanu l-a determinat pe Bacalbaşa să afirme că „pe portiţa pe care au pătruns ideile socialiste în facultate, a pătruns şi sentimentul demnităţii şi spiritul de revoltă" [2].

In toată această perioadă, Societatea studenţilor în medicină a ştiut să respingă încercările făcute de politicienii timpului de a o transforma într-o anexă a vreuneia dintre cele două partide ale burghezo-moşierimii. Pentru a sublinia dorinţa sa de a-şi păstra întreaga libertate de acţiune pe plan politic şi administrativ, comitetul hotărîse în februarie 1881 ca Societatea să nu solicite statului nici un fel de subvenţie, ci să continue să se susţină exclusiv din cotizaţiile membrilor [3].

In 1886, D. A. Sturdza, ministrul Instrucţiei Publice, a promis tot

---

[1] Documente privind istoria Românilor. Războiul pentru independenţă, vol. I, partea I, pag. 140 (L. Negruţi era prefectul liberal de Iaşi).

[2] BACALBAŞA C., op. cit., pag. 308.

[3] Arhiva I.M.F. Bucureşti, fondul S.S.M.B., dosarul I, 1881.

ajutorul material, cerînd în schimb ca Societatea să colaboreze mai strîns cu organizaţia studenţească naţionalistă „Unirea", iar lui să i se acorde un drept de control, „pentru ca în această Societate să nu prindă rădăcini socialismul". In acelaşi an, principele D. Ghica a oferit şi el „sprijinul continuu" al Eforiei Spitalelor, cu condiţia să se accepte tutela acestei instituţii.

Cu toate că asemenea propuneri păreau unora foarte ispititoare, date fiind lipsurile în care se zbătea Societatea, comitetul a înţeles ce cursă primejdioasă întindeau studenţimii pretinşii ei binefăcători şi a respins în unanimitate cele două oferte [1].

Atît de înrădăcinată era părerea că în Societatea studenţilor în medicină domină socialiştii, încît, cu toate intervenţiile făcute timp de ani de zile, abia în 1896 ea a putut căpăta personalitatea morală şi juridică.

★

Pentru a caracteriza just atitudinea politică a studenţilor medicinişti din Bucureşti în perioada 1875—1885, trebuie să se ţină seama de faptul că emigranţii narodnici, care au determinat orientarea unei părţi însemnate a tineretului nostru studios, nu erau reprezentanţi ai socialismului ştiinţific, aşa încît în concepţiile lor se resimt adesea limitările şi erorile proprii teoriilor revoluţionare premarxiste (ca, de pildă, în problema rolului proletariatului, în problema poziţiei intelectualităţii în orînduirea capitalistă, în problema naţională etc.). „Esenţa narodnicismului — arată Lenin — constă în faptul că el reprezintă interesele producătorilor din punct de vedere al micului producător, al micului burghez" [2]. Pe de altă parte, datorită originii lor sociale şi educaţiei pe care o primiseră, chiar acei studenţi care s-au găsit sub înrîurirea directă a emigranţilor politici ruşi nu au dovedit totdeauna acea tărie de caracter şi consecvenţă politică, al cărui exemplu le fusese dat de Zubcu-Codreanu. Aşa se face că nu mult după moartea acestuia, majoritatea participanţilor grupului întemeiat de el încep să se îndepărteze de platforma revoluţionară, apropiindu-se tot mai mult, pe măsură ce îşi consolidau „poziţia în societate", de liberalismul burghez. Peste un deceniu, nu am mai găsit în mişcarea socialistă, dintre medicinistii de la 1875—1880, decît pe E. Frunzescu, unul din colaboratorii ziarului „Drepturile omului" şi pe P. Filibiliu, membru al grupului socialist romîn de la Paris.

Totuşi, rar întîlnim epocă în trecutul medicinei romîne în care să fie atît de marcată preocuparea pentru evidenţierea factorilor sociali. Faptul acesta este evident începînd cu subiectele tezelor de doctorat susţinute la facultate. Teme ca: „Igiena oraşului Bucureşti" (V. Bianu), „Cîteva consideraţii asupra stării neigienice a ţăranului romîn şi în special la plasa Mostiştea" (I. Atanasescu), „Despre localităţile băltoase şi influenţa lor asupra omului" (Ch. B. Eterski), „Alcoolismul, efectele sale fizice şi morale asupra populaţiei" (G. Mileticiu), toate prezentate în 1881, denotă interesul arătat problemelor de medicină socială.

---

[1] Arhiva I.M.F. Bucureşti, fondul S.S.M.B., dosarele 1887 şi 1888.
[2] LENIN, Opere vol. I, ed. P.M.R., 1950, pag. 391.

De un răsunet deosebit s-a bucurat în acea vreme studiul „O pagină din istoria contemporană a Romîniei din punct de vedere medical, economic şi naţional“ (Buc., 1880) de C. Istrati, unul dintre medicinistii apropiaţi de Zubcu-Codreanu, viitor profesor şi academician, întemeietor al şcolii romîneşti de chimie. In această scriere, ne este prezentat, pe baza cercetărilor personale ale lui Istrati, cît şi ale altor medici, tabloul zguduitor al mizerabilei stări economice şi igienice în care se găsea populaţia satelor. Din păcate, pe lîngă influenţa pozitivă a lui Zubcu-Codreanu, recunoaştem aici şi concepţiile reacţionare pe care Istrati le va dezvolta mai tîrziu, în activitatea lui de politician burghez.

Aceleaşi preocupări pentru starea sanitară a maselor le întîlnim şi la cel dintîi preşedinte al Societăţii studenţilor în medicină, N. Manolescu, viitor profesor şi director general al Serviciului sanitar, care, deşi nu ştim să fi făcut parte din cercul studenţesc conspirativ, a fost puternic influenţat de atmosfera politică democrată creată în facultate. In diferite articole şi cuvîntări ale sale, printre care cele publicate în 1889 în „Jurnalul Societăţii ştiinţelor medicale“ despre „dificultăţile serviciului medical“ în plaiul Buzău şi, mai ales, în monografia „Igiena ţăranului“ (Buc., 1895), Manolescu a semnalat cu curaj multe din relele care bîntuiau satele noastre.

Se poate afirma că acum 70—80 de ani se crease printre medicii tineri şi printre studenţii în medicină un asemenea curent de opinie, încît chiar cei care nu căpătaseră convingeri revoluţionare ajunseseră să stimeze socialismul. Este caracteristică declaraţia pe care o făcea în 1881, într-o scrisoare către C. Istrati, medicul militar N. M. Frangulea, unul dintre primii membri ai Societăţii studenţilor în medicină: „...Şi aici, ca şi în cea mai mare parte a ţării, tot ţăranii romîni sînt în mizerie. Mizeria şi băuturile spirtoase au scurs dintrînşii voinicia şi frumuseţea fizică, cîntată altădată de poeţii noştri. In faţa lor nu vezi altceva decît suferinţă... Nenorocitul locuitor ţăran, oriunde îşi întoarce faţa, mai că nu zăreşte o fiinţă care să voiască în mod serios a lucra pentru alinarea suferinţelor lui... Şi mai îndrăznim să criticăm pe socialişti, cînd ei sînt şi luptă din toate puterile contra asupritorilor poporului, contra tîlharilor, care l-au jefuit şi-l jefuiesc de avere şi onoare, aducîndu-l în stare de abrutizare! Dacă-ţi pomenii de socialişti, să nu crezi că aş fi împărtăşind toate vederile lor...“ [1].

Mişcarea democrată a medicilor nu s-a stins odată cu generaţia lui N. Zubcu-Codreanu. Tradiţia medicinei legată de aspiraţiile poporului a cunoscut şi după aceea momente din cele mai preţioase, studenţii medicinişti nelipsind din rîndurile luptătorilor pentru progres. Un asemenea luptător a fost doctorandul St. Stîncă, a cărui teză „Mediul social ca factor patologic“ marchează o etapă în istoria gîndirii sociale şi a ştiinţei medicale romîne ; astfel a fost medicinistul C. I. Parhon, exclus în 1897 din asociaţiile studenţeşti de elementele reacţionare, pe motiv că „compromite corpul studenţesc, fiind socialist“ ; astfel au fost studenţii în medicină la Iaşi, V. Răşcanu şi I. Mironescu, arestaţi în 1907 pentru

1) Arhiva documentară C.O.O.S.I.M., fondul C. Istrati, scrisoarea de la N. M. Frangulea, din 30 sept 1881.

„instigarea" țăranilor la răscoală ; astfel au fost medicinişti uteciști, care s-au alăturat luptei eroice duse de clasa muncitoare, sub conducerea Partidului Comunist din Romînia, pentru eliberarea patriei şi desființarea exploatării.

Continuatori ai acestei tradiții, studenții în medicină de astăzi se pregătesc cu rîvnă pentru a deveni vrednici ocrotitori ai sănătății oamenilor muncii.

Articol intrat în redacție în decembrie 1955.

Sumarul revistei Ocrotirea Sănătății în R.P.R., anul 1955

Sumar nr. 1

Conf. **Paul Pruteanu:** Considerații asupra sarcinilor, formelor organizatorice și metodologiei spitalului regional 3

Eugen Bad: Pentru o mai bună eficiență a spitalelor de circumscripție rurală cu secții 21

Conf. **P. Mureșan:** Studiul morbidității din întreprinderi 33

I. Lăpușan, E. Tudorache: Considerații asupra metodelor de cercetare a morbidității din întreprinderi pe baza rezultatelor studiului morbidității dintr-o întreprindere metalurgică 41

Prof. **L. Grom, I. Caloenescu:** Principiile de bază ale sistemului de evidență primară și raportare statistică a centrelor sanitare și antiepidemice . . 59

Gh. Brătescu: Din istoria luptei pentru materialism în biologia și medicina românească 75

Sumar nr. 2

Conf. **Geza Grosz, B. Tîrnăveanu, Ruth Russu:** Primele rezultate ale experimentării sistemului ciclic de muncă a medicilor consultanți din spitalul unificat orășenesc 3

Conf. **A. Kelemen:** Principiile atestării și rolul ei în calificarea și promovarea cadrelor medicale 24

Conf. **S. Rapoțescu:** Metodele de ridicare a calificării profesionale a cadrelor de igieniști, folosite în Sanepidul central și cele raionale din București . . 33

Conf. **M. Ialomițeanu, M. Olteanu, T. Olariu:** Cîteva probleme în legătură cu îmbunătățirea asistenței medico-sanitare din sectorul piscicol (Delta Dunării) 41

M. Grumăzescu: Coordonarea muncii profilactico-antiepidemice a medicilor de circumscripție de către epidemiologul spitalului unificat de copii . . . 57

Conf. **L. Wasserman:** Formele de muncă ale serviciului de anatomie patologică bazate pe orientarea anatomo-clinică 63

Gh. Bungețianu, C. Ulpian, M. Lindenbaum: Organizarea dispensarizării în cadrul rețelei unificate antituberculoase pe baza fișierului de grupare și programare 73

Conf. **I. Ghelerter, D. Hociotă:** Din istoricul organizării sanitare rurale . . . 79

Sumar nr. 3

Dr. **V. Dumitrescu**: Profilaxia, principiul de bază al ocrotirii sănătății publice. 3

Conf. **Gh. Cădariu**, dr. **A. V. Crișan** și colaboratorii: Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă în cîteva întreprinderi textile din regiunea Timișoara 13

Dr. **I. Lăpușan**: Metodolgia cercetării morbidității cu incapacitate temporară de muncă 33

Dr. **I. Struhl**, dr. **Doina Popescu**, dr. **Viorica Vasiliu**: Unele rezultate obținute în urma aplicării graficului ciclic de muncă în rețeaua de copii a orașului Tîrgoviște 51

Conf. **A. Kelemen**: Probleme de organizare a activității metodologice în institutele de învățămînt medical 60

Dr. **Gh. Călin**, dr. **Gh. Cămărășoiu**: Legăturile organizatorico-funcționale ale dispensarului antituberculos în lupta împotriva tuberculozei extrapulmonare 76

Conf. **I. Spielmann**: Critica leninistă a „idealismului fiziologic“ 84

Sumar nr. 4

* * *: 90 de ani de la nașterea lui Ștefan Stîncă 3

Prof. **L. Grom**, dr. **D. Burnea**: Probleme în legătură cu asistența medico-sanitară a muncitorilor din gospodăriile agricole de stat 5

Adriana Dumitrescu: Despre metodologia cercetării morbidității cu incapacitate temporară de muncă în gospodăriile agricole de stat 22

Dr. **Al. Pescaru**: Din experiența organizării circumscripției medicale de secție la serviciul medico-sanitar „23 August“ 30

Dr. **C. Lupulescu**: Munca de teren, factor hotărîtor în combaterea tuberculozei . 45

Prof. dr. **L. Daniello**, dr. **C. Anastasatu**, dr. **V. Lucaciu**: Expertiza medicală a capacității de muncă în silicoză și silicotuberculoză 52

Dr. **G. Barbu**: Carol Davila și timpul său 66
Dr. **S. Izsak**: 180 de ani de la înființarea primei școli medicale din țara noastră 75
Referate 87

INDEX ALFABETIC AL AUTORILOR REVISTEI

„OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN R. P. R".

ANUL 1955

Numele și Pronumele	Nr. rev.	Pag.
Anastasatu C.	4	52
Bad E.	1	21
Brătescu Gh.	1	75
Bungețianu Gh.	2	73
Burnea D.	4	5
Barbu G.	4	66
Cădariu Gh.	3	13
Călin Gh.	3	76
Caloenescu I.	1	59
Cămărășoiu Gh.	3	76
Crișan V.	3	13
Dumitrescu V.	3	3
Dumitrescu Adriana	4	22
Daniello L.	4	52
Ghelerter I.	2	79
Grom L.	1	59
Grom L.	4	5
Grosz Geza	2	3
Grumăzescu M.	2	57
Hociotă D.	2	79
Ialomițeanu M.	2	41
Izsak S.	4	75
Kelemen A.	2	24
Kelemen A.	3	60
Lăpușan I.	1	44
Lăpușan I.	3	33
Lindenbaum M.	2	73
Lupulescu C.	4	45
Lucaciu V.	4	52
Mureșan P.	1	33
Olariu T.	2	41
Olteanu M.	2	41
Popescu D.	3	51
Pruteanu P.	1	3
Pescaru Al.	4	30
Rapoțescu S.	2	33
Russu R.	2	3
Spielman I.	3	84
Struhl I.	3	51
Tîrnăveanu B.	2	3
Tudorache E.	1	44
Ulpian C.	2	73
Vasiliu V.	3	51
Wasserman I.	2	63

E 1742
KAT
R
Institutul de Documentare Tehnică
BUCUREȘTI
ОБМЕН - ECHANGE
AYMEHA - WYMIANA
TAUSCH - СМЕНА

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN R P R

Országos Mészeti Könyvtár TULAJDONA
Országos Mészeti Könyvtár TULAJDONA

2

1956

APRILIE — IUNIE

EM

COLEGIUL DE REDACȚIE

Redactor responsabil: Prof. ILEA THEODOR
Redactor responsabil adjunct: Conf. PESCARU ALEXANDRU
Secretar de redacție: Dr. MIRCAN RADU

MEMBRII COLEGIULUI:

Dr. M. ANCUȘA (Timișoara), dr. V. BILIC, dr. V. BOLOGA (Cluj), dr. AL. CIUCA (Timișoara), dr. GH. CONSTANTINESCU, dr. V. COROIU, dr. V. DUMITRESCU, conf. GEZA GROSZ, conf. I. GHELERTER, prof. L. GROM, dr. Z. KARACSONI (Cluj), conf. KOLUMBAN MOISE (Tg. Mureș), dr. I. MATACHE, dr. MIRCEA MONA, dr. C. PIRLOG, dr. V. PRODESCU, conf. P. PRUTEANU (Iași), dr. S. RAPOȚESCU, dr. B. TIRNĂVEANU, dr. D. UNGUREANU (Belcești, Reg. Iași), conf. GH. ZAHARIADE

EDITURA MEDICALĂ
Str. Aristide Briand nr. 7 — București

Országos Múzeumi Könyvtár TULAJDONA

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN R. P. R.

REVISTA SOCIETĂȚII ȘTIINȚELOR MEDICALE

Redacția și administrația: Str. Aristide Briand nr. 7 — telefon: 3.61.06

Anul VI aprilie 2 iunie 1956

SUMAR

Pag.

I. PROBLEME DE ORGANIZARE SANITARĂ

Dr. V. STOENESCU, dr. M. SIMA, dr. GH. ISĂCESCU: Spitalul raional, centru organizatorico-metodologic 99

Dr. ST. ULPIU: Probleme medico-sanitare din unitățile agricole socialiste 111

Dr. T. VEBER, dr I. CLAICIU: Organizarea și rolul școlilor profesionale speciale în combaterea tuberculozei 116

Prof. I. PAVEL, dr P. MILCULESCU, dr. D. BADRALEXE, dr. A. RADIANOV, dr. L. COMINOVICI, M. BOLEA și M. BANIȚĂ: Morbiditatea diabetică în București. O depistare în Circ. 17 B. 120

Dr. D. PEREȚIANU, M. VOICULESCU: Organizarea și funcționarea unui serviciu medico-sanitar de întreprindere într-un bazin forestier . . . 125

Dr. V. BRATU, dr D. ABULIUS: Aprecieri asupra organizării și folosirii activului sanitar de masă în lumina unor acțiuni sanitare în Capitală 139

II. PROBLEME DE STATISTICĂ MEDICO-SANITARĂ

Dr. T. HUSZAR: În legătură cu discuția din U.R.S.S. asupra metodelor de studiu al morbidității generale 146

Dr. M SULICĂ: Despre importanța fișei individuale în analiza morbidității din instituțiile de copii 153

L. PETRESCU: Cîteva considerații metodologice privitoare la cercetarea natalității 159

III. PROBLEME DE ISTORIA MEDICINEI ȘI OCROTIREA SĂNĂTĂȚII

Dr. A. PESCARU: 25 de ani de la înființarea punctelor de sănătate din întreprinderi în U.R.S.S. 164

Conf. I. GHELERTER, dr. D. HOCIOTĂ: Misiunea doctorilor I. Felix și A. Marcovici în Rusia, în 1865 170

IV. REFERATE

V. COMUNICARE

EDITURA MEDICALĂ

Spitalul raional, centru organizatorico-metodologic *

Dr. **V. Stoenescu,** medic-şef de sector la Institutul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei ; dr. **M. Sima,** medic-şef raionul Roşiorii de Vede ; dr. **G. Isăcescu,** medic director al spitalului raional Roşiorii de Vede

Lucrare efectuată în cadrul Institutului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei (director prof. T. Ilea).

În anii regimului democrat popular s-a dat o atenţie deosebită ocrotirii sănătăţii poporului muncitor din patria noastră. Realizări importante s-au obţinut şi în ceea ce priveşte îmbunătăţirea asistenţei medicale a populaţiei rurale.

Dezvoltarea continuă a instituţiilor medicale în mediul rural şi înfiinţarea spitalelor cu secţii de specialitate la nivelul reşedinţelor de raion au dus la creşterea accesibilităţii asistenţei medicale şi la apropierea deservirii medicale specializate de locul de muncă şi de trai al populaţiei săteşti.

Cu toate realizările importante obţinute există încă unele lipsuri în etapa organizatorică actuală :

— circumscripţia medico-sanitară rurală, veriga principală în asigurarea asistenţei medicale a populaţiei săteşti, nu este sprijinită într-o măsură suficientă de instituţiile raionale de specialitate ;

— medicul de circumscripţie nu a fost ajutat metodic de unităţile raionale orăşeneşti sau rurale. Pînă în prezent nu a fost o preocupare pentru ridicarea nivelului tehnic profesional al medicului de circumscripţie;

— deşi spitalele de la sediul raional rezolvă practic mare parte din asistenţa medicală specializată ambulatorie şi de staţionar a populaţiei rurale, între aceste instituţii şi circumscripţiile rurale nu sînt legături funcţionale organizate.

În aceste condiţii, nivelul asistenţei medicale în mediul rural uneori nu este corespunzător.

Faţă de sarcinile trasate de Directivele Congresului al II-lea al P.M.R. cu privire la cel de-al doilea plan cincinal de dezvoltare continuă a tuturor ramurilor economiei naţionale şi de creştere a bunei stări materiale şi culturale a oamenilor muncii, care prevede o serie de măsuri în ceea ce priveşte dezvoltarea agriculturii şi în special dezvoltarea şi întă-

* Lucrare efectuată în colaborare cu : dr. P. Strigoiu, dr. V. Florian, dr. H. Popescu, dr. V. Niţulescu, dr. G. Mitroi, dr. E. Taiachim, dr. I. Alexa, dr. A. Grunberg, medicii consultanţi ai Spitalului raional şi medicii circumscripţiilor sanitare rurale din raionul Roşiorii de Vede.

rirea continuă a sectorului socialist, se impun şi în domeniul sanitar o serie de măsuri organizatorice menite să asigure, în condiţii tot mai bune, deservirea medicală a populaţiei rurale.

În acest cadru trebuie dezvoltate şi întărite instituţiile medico-sanitare care deservesc populaţia rurală. Trebuie găsite metode din ce în ce mai bune în munca acestor unităţi.

Circumscripţia medico-sanitară rurală trebuie sprijinită în mod organizat de instituţiile de specialitate raionale şi regionale. În acest scop, circumscripţia rurală trebuie încadrată într-un sistem organizatoric complex, menit să ridice nivelul calitativ al asistenţei medicale a populaţiei rurale şi a deservirii acesteia cu asistenţă de specialitate. Un rol important în această problemă revine spitalului raional.

Faţă de cele de mai sus, spitalele noastre de la nivelul raionului trebuie astfel organizate şi să utilizeze astfel de metode de lucru, încît să devină într-adevăr ceea ce noi numim spitale raionale, unităţi metodologice pentru deservirea cu asistenţă medicală a populaţiei rurale.

Spitalul raional este instituţia curativo-profilactică ce asigură asistenţa medicală de specialitate şi îndrumează întreaga muncă de asistenţă medicală de pe întreg teritoriul raionului. Pentru a îndeplini acest obiectiv principal, spitalul raional trebuie să aibă în structura sa secţiile de bază şi principalele servicii de specialitate şi auxiliare în policlinică. El trebuie organizat teritorial, atît în ceea ce priveşte deservirea populaţiei orăşeneşti, cît şi în ceea ce priveşte deservirea populaţiei rurale.

Spitalul raional ca centru organizatorico-metodologic are următoarele sarcini :

1. asigurarea organizată a deservirii medicale specializate cu asistenţă ambulatorie şi de staţionar a populaţiei din raion ;

2. îmbunătăţirea calităţii asistenţei medicale, la nivelul unităţilor sanitare din mediul rural.

Pentru îndeplinirea acestor sarcini, spitalul raional utilizează diverse metode de lucru :

I. Organizează, conduce şi îndrumează activitatea metodologică pe teritoriul raionului, prin colectivul organizatorico-metodologic raional.

II. Îndrumarea tehnică şi competentă a muncii curativo-profilactice şi organizarea unei acţiuni sistematice pentru ridicarea nivelului tehnic profesional al cadrelor medico-sanitare din raion, precum şi acordarea sprijinului tehnic pentru dispensarizarea muncitorilor din sectorul socialist agricol.

III. Elaborarea şi aplicarea prin secţia sanitară raională a măsurilor tehnico-organizatorice pentru îmbunătăţirea asistenţei medicale şi îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei rurale.

IV. Participarea specialiştilor raionali la întocmirea planului complex de măsuri curativo-profilactice şi sanitaro-antiepidemice care trebuie aplicate pe teritoriul raionului.

V. Studiul morbidităţii şi al mortalităţii din raion şi stabilirea cauzelor ce le determină, în vederea reducerii lor.

Atribuirea funcţiilor de spital raional spitalelor orăşeneşti situate la sediul raionului, care în mare parte sînt normate pentru populaţia oraşului, ridică problema dacă în actuala structură şi cu schema existentă de cadre poate primi sarcinile ce revin unui spital raional.

Pentru a răspunde acestei probleme am experimentat organizarea şi metodele de lucru ale spitalului raional Roşiorii de Vede.

Cercetările prealabile efectuate în cursul anului 1954 au scos în evidență următoarele:

Spitalul unificat Roșiorii de Vede asigură deservirea medicală specializată, atît populației orașului Roșiorii de Vede, cît și populației rurale din raion. Teritoriul orașului este arondat pe două circumscripții urbane, avînd fiecare o lungime de peste 5 km. Structura staționarului cuprinde toate secțiile de bază (interne, chirurgie, obstetrică-ginecologie și pediatrie, paturile de contagioase constituind o subsecție a secției de boli interne). Asistența antituberculoasă este asigurată printr-un spital de tuberculoză.

Analiza internărilor în staționar pe anii 1953—1954 a arătat o proporție mare a bolnavilor din mediul rural: 64,5% rețeaua de adulți, 49% rețeaua de femei și 50,8% rețeaua de copii.

Policlinica spitalului, cuprinzînd toate cabinetele de specialitate și serviciile auxiliare, asigură asistența medicală specializată populației din oraș, raion și raioanele vecine, consultațiile pentru extrateritoriali reprezentînd 30% din totalul consultațiilor (adulți).

Schema de cadre corespunde schemelor tip în vigoare.

Teritoriul raional este arondat în nouă circumscripții neunificate și una unificată cu spitalul Balaci, care are trei secții de specialitate (interne, chirurgie și pediatrie). Pe teritoriul circumscripțiilor se găsesc unități anexe, case de nașteri, staționare de circumscripții și puncte de sănătate în comune și formațiile socialiste agricole. Între aceste instituții și spitalul raional, legăturile funcționale sînt neorganizate și întîmplătoare. Menționăm că spitalul asigură asistența medicală specializată ambulatorie și de staționar și populației din raioanele vecine, care constituie pentru spital un volum mare de sarcini (26% din internări în 1954 sînt reprezentate de bolnavi din alte raioane).

★

Pentru organizarea spitalului unificat Roșiorii de Vede ca spital raional, s-au pus următoarele ipoteze:

— spitalul orășenesc Roșiorii de Vede, cu schema de cadre existentă, poate fi organizat ca spital raional. În acest scop se impune regruparea mai judicioasă a posturilor de cadre existente și transferarea postului de medic pediatru raional, din schema secției sanitare raionale, în aceea a secției de pediatrie a spitalului raional;

— spitalul raional poate să asigure asistența medicală specializată ambulatorie a întregii populații a raionului;

— aplicarea unor măsuri organizatorice și funcționale poate contribui la creșterea accesibilității și calității asistenței medicale pe întreg teritoriul raionului;

— spitalul raional poate deveni centru metodologic pentru îndrumarea tehnico-profesională a cadrelor medico-sanitare din raion.

Pentru ca spitalul să devină o instituție metodologică s-au impus o serie de măsuri organizatorice și funcționale.

1. Spitalul a fost restructurat pentru a corespunde sarcinilor unui spital raional. Astfel s-a înființat secția de boli contagioase ca secție independentă, mărindu-se cu 12 paturi, iar secția de obstetrică-ginecologie s-a mărit cu 8 paturi. Mărirea numărului de paturi a rezultat din transferarea a 20 paturi din raion, prin desființarea a două staționare de circumscripție

a căror eficienţă era sub normele Ministerului Sănătăţii. În structura staţionarului nu am repartizat separat paturile pentru populaţia orăşenească şi rurală, deşi această problemă a fost ridicată în cadrul discuţiilor la sesiunea ştiinţifică din aprilie 1955 a Institutului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei. Considerăm că spitalul este instituţie unică de asistenţă medicală specializată pe întreg teritoriul raionului, iar pe de altă parte, considerăm că această repartizare ar fi fost formală, datorită numărului insuficient de paturi şi adresabilităţii mari a populaţiei din raioanele vecine. Spitalul raional Roşiorii de Vede are în prezent următoarea structură : interne, chirurgie (cu paturi de oto-rino-laringologie şi oftalmologie), obstetrică-ginecologie, pediatrie şi contagioase (cu paturi pentru dermato-venerice).

2. Policlinica spitalului raional, situată la distanţă de aproximativ 1,2 km de staţionar, în afara serviciilor corespunzătoare în staţionar, are servicii de oto-rino-laringologie, oftalmologie, dermato-venerice, stomatologie, radiologie, laborator clinic şi farmacie. Ţinînd seama de faptul că serviciul de gardă din policlinică deserveşte în proporţie de 98,2% populaţia rurală, în structura policlinicii s-a înfiinţat cabinetul de consultaţii interne pentru populaţia rurală şi extrateritorială, desfiinţîndu-se serviciul de gardă. Urgenţele din oraş au fost repartizate la cabinetele de boli interne orăşeneşti. Încadrarea cabinetului de interne rural cu un cadru bine pregătit profesional a avut ca rezultat pozitiv ridicarea nivelului calitativ al asistenţei medicale specializate la policlinica raională.

3. Concomitent cu această organizare s-a făcut o arondare mai judicioasă a teritoriului urban, orientînd linia de demarcare în direcţia est-vest, în lăţimea oraşului. Astfel, distanţele s-au redus de la 5,5 km la 2,5 km în fiecare circumscripţie.

4. Regruparea raţională a cadrelor existente şi transferarea postului de medic pediatru de raion în schema secţiei de pediatrie a spitalului raional au făcut posibilă acoperirea celor mai importante posturi medicale necesare rezolvării noilor sarcini ce revin spitalului raional. Necesităţile au determinat mărirea schemei la pediatrie de la 6 la 7,5 norme, iar a secţiei de ginecologie, de la 2 la 3 norme. Aceste posturi s-au luat de la interne, şcoala metalurgică şi raion (medic pediatru).

5. O altă măsură organizatorică aplicată a fost aceea a îmbunătăţirii muncii medicilor consultanţi, prin introducerea graficului de muncă ciclic la secţiile de interne, pediatrie şi obstetrică-ginecologie.

6. Concomitent cu acţiunea de reorganizare a spitalului raional, a fost necesar să corectăm şi unele deficienţe existente în organizarea sanitară a teritoriului rural, mutînd sediile a două circumscripţii rurale în comune cu o populaţie mai numeroasă şi mai importante din punct de vedere administrativ şi economic.

★

Măsurile organizatorice de mai sus au avut ca rezultat pozitiv asigurarea unei mai bune deserviri a populaţiei orăşeneşti şi îmbunătăţirea accesibilităţii şi calităţii asistenţei medicale a populaţiei rurale. Astfel, în semestrul II 1955, în comparaţie cu semestrul II 1954, consultaţiile în policlinică înregistrează o creştere cu 20,7%, indicele de deservire creşte de la 1,4 la 2,2, iar indicele de aglomerare creşte, atît la nivelul policlinicii, cît şi în teren.

Reorganizarea teritoriului rural a dus la creşterea accesibilităţii

populației la nivelul dispensarelor de circumscripție, unde numărul de consultații a crescut cu 12,9% în comparație cu semestrul II 1954. Aceasta a avut drept urmare o scădere a solicitărilor de asistență medicală la policlinica raională, pentru problemele care puteau fi rezolvate la nivelul circumscripției.

I. *Organizarea colectivului metodologic raional*

Pentru a organiza, conduce și îndruma activitatea metodologică pe teritoriul raionului, am plecat de la premisa că este necesară modificarea sistemului de lucru la nivelul aparatului de conducere. Pentru a angrena conducerea spitalului și pe specialiștii acestuia în munca de conducere a problemelor de specialitate, am creat colectivul organizatorico-metodologic raional. Am apreciat că la nivelul spitalului raional nu este necesar un cabinet metodologic cu cadre aparte. Colectivul metodologic, condus de directorul spitalului raional, se compune din șefii de secții: interne, chirurgie, pediatrie, obstetrică-ginecologie și contagioase, specialiștii în dermato-venerice și ftiziologul raional. Ca secretar al colectivului a fost desemnat șeful secției de contagioase. La ședințele colectivului, ținute lunar, a participat și directorul sanepidului raional. Colectivul organizatorico-metodologic a activat sub îndrumarea medicului șef de raion, fie la nivelul secției sanitare raionale, fie la nivelul spitalului. În această formă organizatorică, specialiștii raionali organizați în colectiv metodologic sînt organe de îndrumare tehnică pe linia specialităților respective. În aceste condiții, secția sanitară raională este sprijinită efectiv în prezent, în afară de directorul sanepidului raional și de directorul spitalului raional, pentru problemele curativo-profilactice, de un colectiv larg de tehnicieni. Circumscripțiile sanitare rurale, după cum se constată din schema nr. 1, nu aveau legături funcționale cu spitalul unificat orășenesc, iar legăturile funcționale cu ftiziologul raional erau neorganizate și discontinue. Pe de altă parte, conținutul de muncă al medicului pediatru de raion era în mai mare măsură organizatoric și în mai mică măsură tehnic. În această situație, medicii de circumscripție erau rupți de instituția care să le asigure posibilitatea întreținerii și dezvoltării gîndirii medicale, spitalul raional.

Legînd funcțional circumscripția medico-sanitară (schema nr. 2) de spitalul raional, specialiștilor raionali le-a revenit sarcina îndrumării tehnice a personalului medico-sanitar rural, în vederea ridicării nivelului tehnic profesional și consecutiv a îmbunătățirii asistenței medicale a populației rurale. Aplicarea acestei noi forme organizatorice — spitalul raional — s-a dovedit corespunzătoare, deoarece a dat posibilitate secției sanitare raionale să devină un organ tehnic operativ în rezolvarea problemelor de sănătate din teritoriul raionului.

II. *Ridicarea nivelului tehnic profesional al cadrelor medico-sanitare*

Pentru ridicarea nivelului calitativ al deservirii medico-sanitare la nivelul instituțiilor rurale, mijlocul principal este ridicarea nivelului profesional al cadrelor medico-sanitare. Am plecat de la premisa că în structura organizatorică enunțată de noi, spitalul raional poate să se ocupe organizat de îmbunătățirea calității asistenței medicale a populației rurale, prin ridicarea nivelului profesional al cadrelor din raion. În acest scop s-au experimentat următoarele metode de lucru:

1. *Reglementarea circuitului bolnavilor din raion.* Am plecat de la

premisa că între spitalul raional şi circumscripţiile rurale se pot organiza legături funcţionale, care constituie una dintre metodele de sprijin tehnic al medicilor de circumscripţie. Se impune ca spitalul raional să îndeplinească, nu numai funcţia de deservire cu asistenţă medicală de specialitate, ci şi pe cea de for consultativ pentru medicii de circumscripţie. De

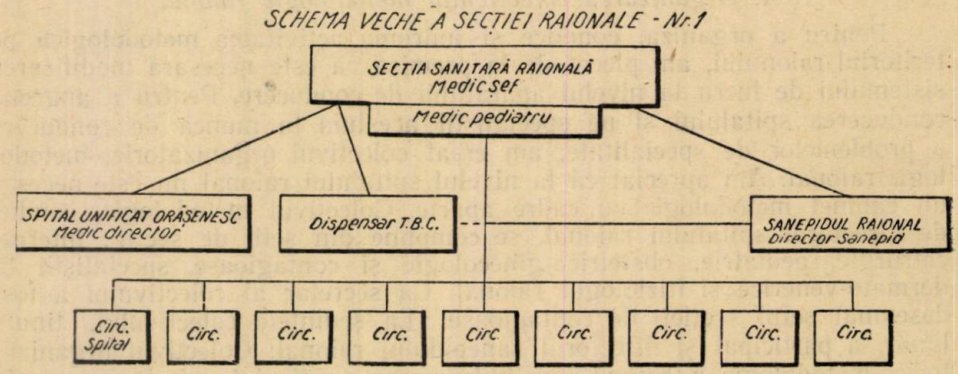


Fig. 1. — Schema veche a secţiei sanitare raionale nr. 1

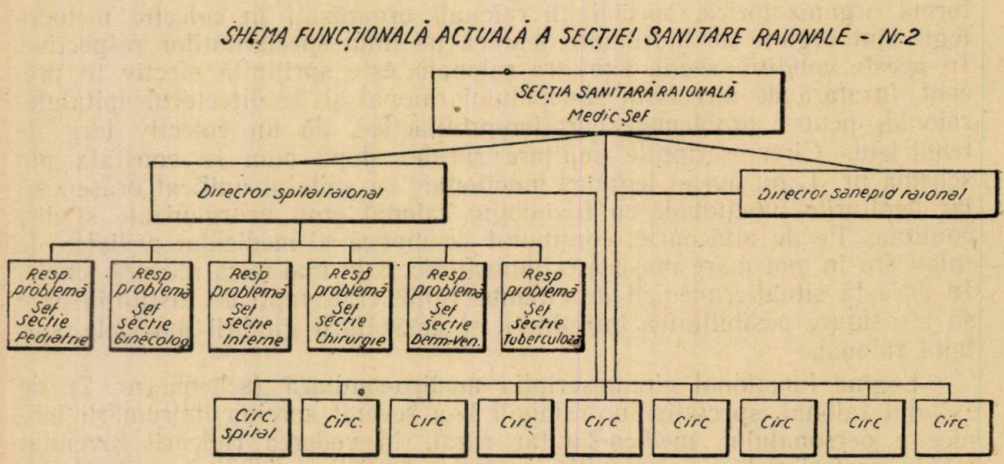


Fig. 2. — Schema funcţională actuală a secţiei sanitare raionale nr. 2

aceea, bolnavii de la circumscripţie trebuie să ajungă la spitalul raional prin şi cu avizul medicului de circumscripţie, iar acesta să informeze pe medicul de circumscripţie asupra măsurilor luate şi despre recomandările făcute.

Circuitul bolnavilor a fost organizat prin introducerea unor instrumente de legătură :

a) *Biletul de trimitere la spital.* Se eliberează de medicii de circumscripţie sau chiar de cadrele medii (în cazuri de urgenţă, în absenţa medicilor etc.), bolnavilor care sînt îndrumaţi pentru consultaţii sau internări la spitalul raional. Specialiştii raionali comunică pe acelaşi bilet rezultatele examenelor de specialitate şi recomandările terapeutice.

pe față

Spitalul raional
Circumscripția sanitară rurală
Nr. reg. consultații data

BILET DE TRIMITERE LA SPITAL

Vă rugăm a consulta (interna) și preciza diagnosticul și a indica tratamentul tov. .....
ani..... domiciliat în comuna.....
satul..... de profesie.....
Diagnosticul circumscripției
.....
simptome.....
.....
Tratament ambulator..... nr. zile.....
„ staționar ..... nr. zile.....
Tratament aplicat .....
.....
Medic circ.,

Felcer (oficiant sanitar, moașă)

pe verso

Spitalul raional.....

Diagnosticul spitalului.....
.....
Tratament .....
.....

Medic primar,

Medic consultant,

Data.....

Experimentarea acestor bilete a arătat că se dă posibilitate specialiștilor raionali să analizeze calitatea diagnosticelor medicilor de circumscripție și implicit nivelul pregătirii lor profesionale, iar pe de altă parte, medicul de circumscripție are posibilitatea de a-și autocontrola diagnosticele cu sprijinul specialiștilor raionali.

b) *Biletul de comunicare* se eliberează de specialiștii raionali bolnavilor veniți din proprie inițiativă la spitalul raional. Introducerea acestui bilet constituie pentru medicul de circumscripție un sprijin în muncă, atît sub aspectul metodologic, diagnosticele și tratamentele recomandate, cît și sub aspectul înregistrării mai corecte a morbidității din teritoriul respectiv, întrucît, în majoritatea cazurilor, acești bolnavi rămîneau necunoscuți circumscripțiilor.

Spitalul raional..... nr..... din.....

BILET

de comunicare circumscripției.....

Vă comunicăm că bolnavul (a).....
vîrsta..... comuna..... satul.....
profesia..... a fost $\frac{\text{consultat}}{\text{internat}}$ la secția.....
de la ..... pînă la.....
diagnosticul.....
.....
tratament .....
.....
alte recomandări .....
.....

Medic șef de secție, *Medic consultant,*

Reglementarea circuitului bolnavilor scoate în evidență procentajul mare al bolnavilor veniți din proprie inițiativă la spitalul raional: 73,5% față de 26,5% trimiși de cadrele medico-sanitare. Explicăm această situație prin insuficienta legătură dintre cadrele medico-sanitare și populația din comunele pe care le deservesc.

2. *Îndrumarea și sprijinul tehnic la locul de muncă.* Această metodă o socotim deosebit de importantă, pentru că permite specialiștilor să cunoască concret condițiile în care se desfășoară munca medicilor de circumscripție și să cunoască calitatea muncii, nu numai după cazurile trimise la spital, ci și după modul cum rezolvă problemele la nivelul circumscripției, avînd posibilități mai variate de apreciere. De asemenea, ei pot să sprijine efectiv cadrele medico-sanitare în dispensarizarea muncitorilor din sectorul socialist agricol. Pentru îndrumarea tehnică la locul de muncă am considerat că specialiștii se pot deplasa în mod organizat și sistematic la nivelul dispensarelor, spitalelor de circumscripție, caselor de naștere și punctelor de sănătate din formațiile socialiste agricole, fără ca aceasta să constituie o piedică în deservirea populației de la reședință. În acest scop am experimentat un plan de deplasări ale medicilor șefi de secții și ale specialiștilor raionali (ftiziolog, venerolog). Experiența primelor două luni în care s-au făcut deplasări a arătat că normele fixate — de două deplasări anual în fiecare circumscripție (pentru internist, venerolog și ftiziolog) și de patru deplasări anual pentru pediatru și ginecolog — pot fi mărite, dacă ținem seama că, în afară de medicii șefi de secție și medicii consultanți principali, deplasările se pot efectua și de medicii consultanți bine pregătiți profesional și mai ales dacă mijloacele de transport sînt asigurate. Menționăm că planul deplasărilor în teren trebuie legat de problemele specifice ale fiecărei circumscripții, după constatările făcute în teren și după cum se reflectă din bolnavii consultați sau internați în spitalul raional. Deplasările planificate s-au efectuat în proporție de 74%, experimentîndu-se deplasările individuale și numai excepțional sub forma brigăzilor complexe, pentru Spitalul Balaci, unde sînt încadrați trei specialiști și la circumscripția Tufeni, situată la 50 km de spitalul raional, unde s-au deplasat cîte doi specialiști, din cauza greutăților de transport. Deși unii autori recomandă deplasările în brigăzi, noi considerăm metoda deplasărilor individuale la nivelul circumscripției cu un singur medic, mult superioară, specialiștii ocupîndu-se sistematic de îndrumarea tehnică a cadrelor medico-sanitare din raion. În afara situațiilor menționate mai sus, specialiștii constituiți în echipe complexe s-au deplasat la două unități socialiste agricole, pentru a sprijini cadrele medico-sanitare ale circumscripțiilor respective, în vederea dispensarizării muncitorilor. Caracterul tehnic al deplasărilor ne-a determinat să limităm deplasările chirurgului numai la Spitalul Balaci, pe considerentul că acest cadru nu poate avea o eficiență la nivelul unui dispensar de circumscripție. Credem însă că specialistul chirurg trebuie să acorde o atenție specială circumscripțiilor cu G.A.S. și S.M.T.-uri pentru a îndruma cadrele medico-sanitare în problema profilaxiei și tratamentelor traumatismelor agricole și pentru studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă prin traumatismele agricole. De asemenea, în circumscripție trebuie să se ocupe de problema urgențelor chirurgicale. La întocmirea planului de deplasări a fost necesar să ținem seama și de graficul de muncă al medicilor de circumscripție, pediatrul și ginecologul efectuînd deplasări în zilele cînd la nivelul circumscripției se dau consultații de pediatrie, iar ceilalți specialiști, în restul zilelor cînd medicii de circumscripție dau consultații la dispensare și excepțional în zilele cînd aceștia au program de deplasare în teren. Menționăm că nu s-au efectuat deplasări duminica. Planul de deplasări s-a întocmit trimestrial de către colectivul metodo-

logic, fiind aprobat şi comunicat medicilor de circumscripţie de medicul şef al secţiei sanitare raionale.

Metodele de lucru întrebuinţate în teren au fost următoarele:

— controlul evidenţelor primare şi statistice pe linia specialităţilor respective; observarea calităţii asistenţei medicale şi obstetricale, precum şi a calităţii diagnosticelor după cum se reflectă din registrele de consultaţie, calitatea foilor de observaţie, indici de eficienţă etc., în scopul aprecierii pregătirii profesionale a cadrelor medico-sanitare;

— examinarea bolnavilor prezentaţi de medicii de circumscripţie, discutarea diagnosticelor, tratamentelor şi recomandărilor igienico-dietetice, examinarea bolnavilor internaţi în spital sau în staţionarul de circumscripţie, completarea foilor de observaţie, examinarea gravidelor din casele de naştere, precum şi urmărirea modului de aplicare a cunoştinţelor acumulate în cursul stagiilor pentru reîmprospătarea cunoştinţelor la spitalul raional. Constatările şi activitatea specialiştilor au fost consemnate în rapoarte, care au fost depuse la conducerea spitalului raional.

Concomitent cu aceasta am experimentat posibilitatea de cuprindere şi metodele de muncă ale echipelor medicale complexe, organizate pentru efectuarea examenelor medicale profilactice muncitorilor din sectorul socialist agricol ca o etapă premergătoare dispensarizării. Examenele profilactice la G.A.S. Belitori şi S.M.T. Miroşi au arătat că acţiunea trebuie organizată de comun acord cu conducerile unităţilor respective, ţinîndu-se seama de perioadele de regrupare a muncitorilor în unităţi (iunie, decembrie-martie), de zilele de deplasare, zilele de lucru în afară de sîmbătă, precum şi de mobilizarea muncitorilor prin antrenarea conducerii sindicatelor respective prin cadrele medico-sanitare locale. Rezultatele obţinute au diferit după condiţiile de mobilizare, la G.A.S. fiind examinaţi 58% dintre muncitori, iar la S.M.T. 71%, ritmul consultaţiilor fiind în medie de 7/oră, la G.A.S. şi 10/oră la S.M.T., pentru întreaga echipă. Componenţa comisiilor medicale a diferit după necesităţile şi distanţele faţă de spitalul raional. La S.M.T., care este situat la 40 km de spitalul raional şi cu un procent de 70% muncitori care lucrează în teren departe de centrul raional, s-a deplasat o echipă complexă formată din doi internişti, un chirurg, un dermato-venerolog, oto-rino-laringolog şi directorul sanepidului raional, iar la G.A.S., care este situat la 12 km de spitalul raional, echipa a fost organizată din doi internişti, un chirurg şi un igienist. În ambele unităţi acţiunea s-a desfăşurat în prezenţa şi cu participarea activă a cadrelor medico-sanitare locale. Cu ocazia controlului efectuat în cursul lunii decembrie, specialiştii au urmărit modul cum s-au realizat recomandările făcute. Menţionăm că participarea specialiştilor este o problemă destul de grea, ei neputînd cuprinde decît două şi maximum trei unităţi socialiste agricole din raion.

3. *Ridicarea nivelului profesional al cadrelor medico-sanitare la spitalul raional.* Aceasta constituie o metodă importantă de lucru. Deşi am plecat de la premisa că problema cadrelor medii trebuie să stea pe primul plan în această acţiune, deoarece nu există pentru aceste cadre alte căi, totuşi, în practică, am dat o mai mare importanţă calificării cadrelor medicale. Realizarea acestei acţiuni s-a efectuat pe baza unui plan întocmit de colectivul metodologic de comun acord cu directorul sanepidului raional, ţinîndu-se seama de perioadele de vaccinare şi de epidemiile locale. Planul a fost aprobat de medicul şef al raionului, care a dat ordinele

pentru prezentarea la stagii a medicilor și personalului mediu. Inițial s-a prevăzut ca planificarea stagiilor să se facă după o prealabilă cunoaștere a pregătirii profesionale a lor, acest lucru, fiind posibil prin caracterul informativ al primelor două luni de deplasare a specialiștilor, precum și prin aprecierea medicilor după diagnosticele și starea bolnavilor internați în spitalul raional. Deși recomandăm această metodă, nu am aplicat-o practic, pentru că ar fi scurtat timpul de experimentare. În aceste condiții, urgența aducerii la stagii a fost fixată de medicul șef al raionului și de colectivul metodologic pe baza cunoașterii cadrelor și a problemelor din raion. Planul de stagii pentru reîmprospătarea cunoștințelor s-a realizat 100% în ceea ce privește medicii. Stagiile s-au desfășurat pe perioade de cîte două săptămîni la secțiile de interne, pediatrie și obstetrică-ginecologie. Menționăm că deși am planificat stagii pentru medici variind între 45 și 60 de zile anual, pentru a nu se descoperi circumscripțiile pe termene prea lungi, am experimentat metoda stagiilor fragmentate pe perioade de 2—3 săptămîni. În cadrul stagiilor nu am experimentat rotația medicilor de spital cu cei de circumscripție, întrucît considerăm această rotație foarte greu de realizat și fără rezultate practice, medicii spitalului necunoscînd complexitatea problemelor medico-sanitare din mediul rural. În timpul stagiilor, circumscripțiile au fost girate de medicii circumscripțiilor vecine. Totuși, nu putem face aprecieri despre ce s-a întîmplat in circumscripție în lipsa medicului. Rămîne de discutat ce se întîmplă în lipsa medicului pe o perioadă de circa 60 de zile anual, la care se mai adaugă și concediile sau alte absențe. Metoda întrebuințată la aceste stagii s-a bazat pe integrarea medicilor de circumscripție ca medici consultanți de staționar, primind în staționar un număr de 5 paturi, participînd la vizita medicală a medicului șef de secție și a medicului consultant principal, și la ședințe de referate științifice în cadrul secției sau ale subfilialei Societății științelor medicale. De asemenea au avut obligația de a participa la tura de gardă pe spital. La secția de obstetrică, accentul principal s-a pus pe diagnosticul de sarcină și pe asistarea nașterilor din secție. Activitatea în stagiu s-a bazat pe programa analitică la secțiile de pediatrie și obstetrică-ginecologie, punîndu-se accentul pe învățămîntul practic. Dăm mai jos programa analitică experimentată :

Secția obstetrică-ginecologie

Sarcinile patologice, metroragiile, avortul spontan, disgravidiile, asistența nașterilor.

Secția pediatrie

Dispepsiile, bronhopneumoniile, imaturitatea, infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare, tuberculoza infantilă, convulsiile, otitele, urgențele medicale în pediatrie.

Un aspect cu totul aparte îl constituie problema calificării cadrelor medii. Aducerea acestora la stagii, și în special a moașelor, este condiționată în primul rînd de capacitatea de cuprindere a secției respective. Stagiile personalului mediu, cu toată planificarea făcută, nu au putut fi executate decît într-o proporție de 30% ; această deficiență s-a datorit în primul rînd planificării defectuoase, programîndu-se cîte trei moașe pentru secția de obstetrică-ginecologie, fără să se țină seama de capacitatea

secției. De asemenea, aceste stagii nu au putut fi îndeplinite, din punct de vedere numeric, în condiții bune, deoarece au existat greutăți în asigurarea căminului, precum și în acoperirea terenului. Planul a fost refăcut de cîte o singură persoană. Personalul mediu adus la stagiu — moașe și surori de ocrotire au participat în munca secțiilor de obstetrică-ginecologie și pediatrie, ca și cadrele titulare ale spitalului. Din punct de vedere teoretic, moașelor le-au fost prezentate anumite probleme, ca disgravidiile, metroragiile și avorturile spontane.

Pentru toată această acțiune, adică deplasările în teren ale specialiștilor, cît și chemarea la stagii a personalului medico-sanitar, au fost achitate drepturile bănești, transportul și diurnele zilnice din bugetul secției sanitare raionale.

Urmărirea continuă a ridicării nivelului tehnic profesional a necesitat întocmirea unei fișe de caracterizare profesională pentru fiecare cadru medico-sanitar din raion.

4. *Ședințele de analiza muncii și referatele științifice.* Aceasta constituie o altă metodă de ridicare a nivelului profesional al medicilor. Considerăm că ședințele de analiza muncii, după primele trei luni de experimentare a spitalului raional ca centru metodologic, au dus la îmbunătățirea evidentă în special a calității diagnosticului, prin faptul că a atras atenția medicilor asupra cazurilor concrete de diagnostice eronate. În ceea ce privește referatele științifice, medicii de circumscripție nu au putut fi antrenați în susținerea lor, iar specialișii raionali au prezentat un singur referat.

5. *Elaborarea scrisorilor metodologice.* Considerăm că premisa inițială că specialiștii raionali pot elabora scrisori metodologice trebuie revizuită, în sensul că specialiștii raionali să prelucreze scrisorile metodologice elaborate de Ministerul Sănătății, adaptîndu-le la specificul local.

III. *Elaborarea și aplicarea prin secția sanitară raională a măsurilor tehnico-organizatorice pentru îmbunătățirea asistenței medicale și îmbunătățirea stării de sănătate a populației rurale*

Este o altă metodă de lucru a spitalului raional. Deplasările tehnice ale specialiștilor au scos în evidență unele deficiențe privind cadrul material de muncă al medicului de circumscripție. De asemenea s-au putut constata deficiențe în evidențele speciale pe linie de pediatrie, ftiziologie etc. Toate aceste constatări au fost analizate în cadrul colectivului metodologic raional, propunîndu-se secției sanitare raionale luarea unor măsuri concrete. În cadrul acestor acțiuni, medicul șef al secției sanitare raionale a aprobat organizarea unui instructaj, care s-a efectuat la laboratorul chimic al spitalului raional, unele circumscripții fiind înzestrate cu un mic laborator, pentru a se putea executa cîteva analize uzuale (V.S.E., urină etc.). Pentru urmărirea copiilor din evidența specială s-a introdus fișa copilului, iar legăturile cu dispensarul de tuberculoză raional au fost organizate prin introducerea unor fișe de supraveghere a contacților din focarele de tuberculoză și comunicarea pe bază de tabele a examinărilor periodice ale contacților și a tratamentelor bolnavilor, dîndu-se astfel posibilitate medicului de circumscripție să urmărească organizat focarele de tuberculoză și să cunoască stadiul de contagiozitate al bolnavilor.

IV. *Participarea specialiştilor la întocmirea planului complex de măsuri curativo-profilactice şi sanitaro-antiepidemice*

Constituie un alt mijloc pentru ridicarea nivelului calitativ al asistenţei medicale în mediul rural. Experienţa noastră în această problemă nu este suficient de concludentă, ea reducîndu-se la instructajele efectuate de şeful secţiei de pediatrie şi de ftiziologul raional.

V. *Studiul morbidităţii*

Cunoaşterea morbidităţii constituie un element important pentru desfăşurarea muncii în teren. Pentru studiul morbidităţii nu s-a asigurat un cadru medical la nivelul spitalului raional. Totuşi, medicii specialişti au folosit datele de morbiditate care au fost prelucrate la nivelul secţiei sanitare raionale pe baza dărilor de seamă semestriale ale circumscripţiilor.

★

Se pune întrebarea : care sînt rezultatele practice obţinute de spitalul raional ca centru organizatorico-metodologic ?

Rezultatele pozitive constatate, privind îmbunătăţirea calităţii muncii medicilor de circumscripţie, scăderea mortalităţii generale şi infantile, reducerea morbidităţii prin bolile cu extindere în masă şi bolile transmisibile, tendinţa de îmbunătăţire a indicilor de eficienţă în toate reţelele, considerăm că trebuie observate în continuare, întrucît timpul scurt de experimentare nu ne permite să tragem concluzii, nici chiar provizorii, asupra aportului adus de specialiştii raionali în îmbunătăţirea calităţii asistenţei medicale a populaţiei rurale.

Concluzii

1. În perioada experimentării, spitalul raional Roşiorii de Vede a îndeplinit în bune condiţii sarcina de unitate metodologică pe teritoriul raionului, fără să necesite cadre în plus. Pentru aceasta au fost necesare unele măsuri organizatorice şi restructurarea schemei de cadre.

2. Spitalul raional Roşiorii de Vede a putut să îndeplinească în bune condiţii deservirea cu asistenţă medicală de specialitate, atît a populaţiei din oraşele de reşedinţă, cît şi a populaţiei rurale.

3. Îndeplinirea sarcinilor metodologice nu s-a realizat în detrimentul deservirii populaţiei din oraşul de reşedinţă.

4. Pentru îndeplinirea acestor sarcini a fost necesar să se cunoască starea de sănătate a populaţiei şi activitatea cadrelor medico-sanitare din raion.

5. Spitalele de tipul spitalului Roşiorii de Vede pot fi organizate ca instituţii metodologice raionale, cu condiţia asigurării structurii şi schemei de cadre experimentate.

Articol intrat în redacţie în februarie 1956.

Probleme medico-sanitare din unităţile agricole socialiste

Dr. Ştefan Ulpiu
medicul circumscripţiei Prejmer

Lupta pentru îmbunătăţirea continuă a nivelului de trai, material şi cultural, al oamenilor muncii ridică mereu sarcini noi şi importante în faţa tuturor sectoarelor vieţii de stat.

In etapa actuală a dezvoltării statului nostru, în mediul rural se pun îndeosebi o serie de probleme a căror importanţă din punct de vedere politic şi social-economic rezultă din Directivele Congresului al II-lea al P.M.R., din sarcinile partidului în legătură cu lupta pentru întărirea alianţei între clasa muncitoare şi ţărănimea muncitoare şi pentru transformarea socialistă a agriculturii.

Dezvoltarea sectorului socialist al agriculturii a creat condiţii economico-sociale noi şi a produs transformări în viaţa ţărănimii muncitoare, care pun mereu noi probleme de ordin medico-sanitar.

De aceea se impune o continuă adaptare a formelor organizatorice la noile condiţii economico-sociale.

Aceasta se poate realiza prin organizarea mai raţională a acordării la timp şi cît mai aproape de locul de muncă şi de trai a unei asistenţe medico-sanitare calificate, specializate (diferenţiate) şi eficiente.

In lucrarea de faţă mă voi restrînge la enumerarea unor probleme medico-sanitare din unităţile agricole socialiste.

Datorită unor deficienţe de ordin organizatoric, tehnic şi gospodăresc, datorită unor greutăţi obiective, determinate de specificul de muncă şi de trai al populaţiei din mediul rural, au rămas nerezolvate în parte încă o serie de probleme importante, dintre care, în primul rînd: accesibilitatea şi calitatea asistenţei medico-sanitare la nivelul circumscripţiilor rurale şi în special pentru membrii G.A.C., G.A.S. şi S.M.T.

Atenţia organizatorilor noştri de sănătate publică trebuie să se îndrepte deci, în primul rînd, spre aceste unităţi, fără însă a neglija nici problemele legate de gospodăriile agricole individuale.

Succesele de pînă acum ale construirii socialismului în ţara noastră au permis să se acorde mai aproape de populaţia rurală asistenţa medicală specializată.

Totuşi, faţă de marile posibilităţi materiale şi tehnice create de economia socialistă pentru desfăşurarea acţiunilor de ocrotire a sănătăţii, faţă de cerinţele culturale şi sanitare mereu crescînde ale populaţiei, faţă de cuceririle ştiinţei medicale, randamentul muncii instituţiilor medicale care deservesc populaţia rurală, calitatea şi eficienţa asistenţei date la nivelul circumscripţiilor medicale rurale nu pot fi considerate încă satisfăcătoare.

„Rezolvarea acestor probleme deficitare de ordin medico-sanitar de la sate nu poate fi asigurată prin comoda şi vechea gîndire organizatorică, de a lăsa întreg complexul problemelor de ocrotire a sănătăţii în mediul rural numai pe seama circumscripţiei medicale rurale“ (prof. L. Grom).

Circumscripţia sanitară rurală singură — lipsită de o îndrumare organizată, dată de la un nivel mai înalt, lipsită de un sprijin tehnic de specialitate — nu poate face faţă tuturor problemelor medico-sanitare în noul conţinut al muncii de ocrotire a sănătăţii.

De aceea, ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 237 din aprilie 1954 în

legătură cu îmbunătățirea asistenței medico-sanitare a populației sătești prevede — printre altele — și măsura foarte importantă de a se atribui spitalelor unificate raionale sarcina de îndrumare tehnică a unităților curativo-profilactice de pe întreg cuprinsul raionului.

În afară de cîteva încercări, nu am simțit, pînă în prezent, această măsură, care ar contribui foarte mult la ridicarea nivelului profesional al medicilor de circumscripție.

★

Dezvoltarea sectorului socialist agricol ridică un mare număr de probleme de ordin edilitar, sanitar și curativo-profilactic.

Astfel, înființarea de noi unități agricole socialiste reclamă asigurarea unei juste amplasări tuturor construcțiilor, teren uscat, nemlăștinos, cu relief potrivit pentru construire și suprafață suficientă pentru dezvoltare. Zona gospodăriei de producție din aceste unități, deci fermele, grajdurile etc., trebuie să fie dispusă în raport cu vînturile predominante, în scopul diminuării influenței asupra zonei de locuințe, a mirosurilor neplăcute, a prafului etc. și să se separe zona de locuit de cea administrativă printr-un spațiu de mărime corespunzătoare și printr-o zonă vegetală de protecție.

Clădirile administrative, cele cu caracter obștesc și cele de locuit trebuie plasate pe locul cel mai ridicat. Pe un teren mai jos se stabilesc clădirile de producție, iar și mai jos, clădirile pentru animale, grajdurile. Această dispoziție nu admite ca după ploi torențiale apele reziduale, murdărite de bălegar, să se scurgă spre zona de locuit.

Instituțiile de copii — creșe, căminul, școlile — și cele curative trebuie stabilite în zona de locuit, pe terenuri separate, pe care se vor crea spații verzi. Tot așa și cele de interes cultural-social: club, sport, parcul de odihnă și cultură.

O importanță hotărîtoare pentru buna stare sanitară a acestor unități agricole o are organizarea unei bune aprovizionări cu apă de băut și cu apă necesară pentru creșterea și dezvoltarea vitelor, pentru îngrijirea grădinilor de zarzavat etc.

Pentru îndepărtarea reziduurilor trebuie să recomandăm canalizarea, care trebuie făcută în primul rînd la clădirile de interes obștesc, cultural, la cele de producție și medicale.

În cazul că nu se poate face sistem central de aprovizionare cu apă și canalizare, se recomandă diferite sisteme pentru menținerea curățeniei:

— amenajarea canalizării locale;
— amenajarea scurgerii apelor reziduale;
— amenajarea depozitelor de gunoi;
— amenajarea de closete.

Pentru distrugerea cadavrelor de animale trebuie construit un crematoriu sau amenajat un cimitir special.

Crearea unor spații verzi pe o scară cît mai mare are o importanță enormă.

În fine, mai trebuie să amintesc și asigurarea de legături bune între diferitele zone, prin străzi largi, bine întreținute, separat pentru vehicule și pietoni, și separat pentru animale.

În fața unor unități care sînt plasate deja în clădirile existente, să aplicăm aceste deziderate mai cu seamă atunci cînd clădirile se măresc.

Pentru o cît mai bună îndeplinire a acestor sarcini cu caracter igie-

nico-edilitar, sanepidului îi revine obligaţia de a-şi extinde mai mult activitatea în mediul rural.

După descrierea aceasta destul de sumară a laturii igienico-edilitare, trecem la partea care interesează direct pe om.

De la început trebuie să afirm că şi la ţară este nevoie de medici specialişti.

Aceştia vor activa periodic în formaţiuni de brigăzi de specialişti sau — în cazuri date — în mod permanent. Sub îndrumarea lor, medicul de circumscripţie, împreună cu personalul sanitar mediu, va putea să dea o asistenţă medicală mai calificată, va putea să execute munca de dispensarizare în condiţii corespunzătoare.

La aplicarea metodei de dispensarizare în sectorul socialist agricol este necesar ca membrii din aceste unităţi agricole să înţeleagă bine ce este dispensarizarea. În adunările lor, medicul trebuie să le explice pe înţeles foloasele dispensarizării, rezultatele examenelor de cercetare a condiţiilor sanitare de trai şi producţie la G.A.C., G.A.S., S.M.T., la brigăzile de cîmp, grădinărie, ferme etc., cu aducerea unor propuneri concrete cu privire la îmbunătăţirea stării sanitare.

Mai amintesc lecţiile şi discuţiile, publicarea de articole la gazeta de perete, folosirea în acest scop şi a staţiei de radioficare, distribuirea broşurilor şi tractelor cu conţinut sanitar, formarea de activişti sanitari prin cursurile G.P.A.S. şi săteşti şi antrenarea acestor activişti în munca de educaţie sanitară.

Considerăm că principalele teme pentru desfăşurarea educaţiei sanitare la aceste unităţi sînt următoarele:

— lupta pentru scăderea continuă a bolilor molipsitoare;

— profilaxia bolilor neinfecţioase (cardiace, oculare, ale organelor respiratorii, aparatului digestiv, sistemului nervos etc.);

— lupta pentru ridicarea calitativă a tratamentului afecţiunilor celor mai răspîndite (gripă, angină, afecţiuni supurative, între care amintesc în mod deosebit îngrijirea corectă a microtraumatismelor etc.).

Problemele de medicină curativă în unităţile agricole socialiste se rezolvă mai uşor, dacă în raport cu mărimea unităţii se vor asigura cadrele medicale şi medii necesare. Pe lîngă medicul de circumscripţie se vor înfiinţa posturi de felceri pentru punctele de sănătate respective.

Munca de ajutor medical şi premedical se va desfăşura deci începînd de la posturile de prim-ajutor, care se găsesc chiar la locul de muncă la fiecare brigadă, posturi deservite de activiştii sanitari ai unităţii, apoi la punctele de sănătate, care vor fi deservite de cîte un cadru mediu sanitar calificat şi, în fine, la dispensarul medical care este condus de medicul de circumscripţie. Pe lîngă dispensar se va înfiinţa un staţionar de adulţi, cu numărul de paturi în raport cu numărul membrilor unităţii şi o casă de naştere chiar la unităţi mai mici, precum şi un staţionar de copii, iar în cazul unităţilor mai mari, o policlinică cu toate specialităţile.

Cum am mai spus, dispensarizarea la unităţile agricole socialiste este un postulat imperios, iar executarea ei în bune condiţii se poate face numai dacă dispunem de specialişti cît se poate mai aproape de locul de muncă. Dacă unităţile sînt prea mici, medicul de circumscripţie trebuie ajutat de specialiştii de la cel mai apropiat spital unificat.

Prin deplasările planificate pe teren, specialiştii vor asista la consultaţii, dînd pe loc ajutor consultativ, corectînd greşelile medicului de

circumscripţie şi rezolvînd eventuale cazuri mai dificile, fiecare specialist pentru specialitatea lui.

In felul acesta, medicul de circumscripţie va putea beneficia de un ajutor concret chiar la locul de muncă şi potrivit condiţiilor de lucru pe care le are acolo, ridicîndu-şi astfel simţitor şi calificarea profesională. Pentru acelaşi lucru se recomandă şi antrenarea medicilor de circumscripţii rurale în activitatea Societăţii ştiinţelor medicale, prin participarea la şedinţele societăţii, prezentînd referate şi cazuri clinice.

In sfîrşit, mai amintesc perfecţionarea sistematică a cunoştinţelor profesionale la patul bolnavului, prin chemarea medicului de circumscripţie în spitalul unificat şi prin trimiterea periodică a lui la cursurile de perfecţionare şi specializare.

Imbunătăţirea asistenţei medicale a populaţiei de la sate nu poate fi concepută fără crearea unor condiţii favorabile de muncă, fără întărirea şi consolidarea circumscripţiei sanitare rurale.

Pentru a asigura îmbunătăţirea accesibilităţii asistenţei medicale şi pentru muncitorii din sectorul socialist al agriculturii, circumscripţiile sanitare rurale care au pe teritoriul lor astfel de unităţi trebuie să aibă o populaţie mai redusă ca număr, în raport cu volumul sarcinilor pe care le aduc în activitatea generală a circumscripţiei unităţile socialiste de pe teritoriu.

Inainte de a termina, cred că este potrivit să dau cîteva date despre una dintre unităţile agricole socialiste care se află chiar în comuna noastră, şi anume gospodăria agricolă colectivă „1 Mai"-Prejmer. A fost înfiinţată în 1950 cu 50 de familii, ajungînd azi la 159 de familii cu un total de 520 de oameni.

Dispune de 210 braţe de muncă şi lucrează 533 de hectare.

Gospodăria este plasată în două clădiri din centrul comunei, care au fost parţial reamenajate. Aici se află birourile, magaziile, administraţia şi încăperile social-culturale. O lipsă este că în aceeaşi curte sînt adăpostite şi animalele gospodăriei în grajduri parţial amenajate.

In astfel de condiţii, natural că nu a fost posibil să se aplice cele indicate referitor la amplasarea gospodăriei. Am căutat să convingem unitatea să-şi ţină în condiţii cît se poate de bune depozitele mari de gunoi în curţile disproporţional de înguste, recomandînd transportarea cît mai rapidă a gunoiului pe cîmp şi vidanjarea haznalelor de lichide reziduale.

Sursele de apă se controlează des.

Birourile şi încăperile social-culturale sînt în ordine.

O simţitoare îmbunătăţire a situaţiei actuale se va obţine în anul viitor, cînd vor fi terminate grajdurile, care sînt în curs de construcţie la păşunea gospodăriei.

In ceea ce priveşte asigurarea asistenţei medicale, colectivul sanitar din comună şi-a luat angajamentul, chiar în adunarea festivă de inaugurare a gospodăriei, că va avea o deosebită atenţie faţă de această problemă. In timpul celor cinci ani de cînd există această gospodărie am căutat să îndeplinim acest angajament cît se poate de bine.

De la început am căutat să întreţinem legături cu membrii acestei gospodării prin participarea la adunările lor, făcîndu-le cu aceste ocazii scurte expuneri de ordin sanitar. Am extins apoi educaţia sanitară şi prin vizitarea locuinţelor membrilor gospodăriei, aplicînd la faţa locului regulile de igienă referitoare la locuinţă, fîntînă, closet, grădină, grajd, curte, bucătărie etc.

Pentru intensificarea educației sanitare am organizat în 1951 un curs G.P.A.S. special numai pentru gospodărie, pe care l-au absolvit opt membri. După aceea, în fiecare an, am invitat la cursurile G.P.A.S. din comună și cîțiva membri din gospodărie, așa că acum gospodăria dispune în total de 18 activiști sanitari.

Acești activiști sînt repartizați la cele trei brigăzi, cît și la ariile de treierat, la punctele de prim-ajutor. Fiecare brigadă posedă cîte o trusă portativă de prim-ajutor.

In fiecare an se organizează la ariile de treierat, la punctele de prim-ajutor, cîte o bibliotecă cu broșuri sanitare, care sînt primite bucuros de membrii gospodăriei.

In 1955 a luat ființă la sediul gospodăriei și un punct de sănătate permanent, utilat cu toate cele necesare.

Consultațiile medicale se dau membrilor gospodăriei la dispensarul circumscripției care se află în vecinătatea gospodăriei. In timpul muncilor agricole intense, membrilor gospodăriei li se dă prioritate la consultațiile care încep zilnic la ora 6. Cazurile de urgență se rezolvă imediat.

In timp de iarnă, membrii gospodăriei sînt invitați la tratamentul afecțiunilor cronice, operații de hernie, apendicită cronică etc.

Gravidele nasc toate în casa de naștere. Creșa sezonieră s-a înființat în 1951.

★

In munca depusă pentru îmbunătățirea asistenței medico-sanitare din unitățile agricole socialiste precum și a populației rurale ne lovim deseori de unele greutăți, pentru a căror înlăturare este nevoie de sprijinul și intervenția autorităților administrative tutelare. Cînd susțin acest lucru nu mă refer numai la unitatea din Prejmer, pe care am descris-o, ci la majoritatea acestor unități, din care am vizitat cîteva din raionul nostru în vederea documentării pentru această expunere.

Vreau să spun că medicul de circumscripție încă nu este suficient sprijinit.

Un început îmbucurător pentru o mai bună apreciere a muncii depuse de medicul de circumscripție și de personalul mediu de la sate este H.C.M. nr. 4 320 din 1954, pentru îmbunătățirea sistemului de salarizare și a condițiilor de trai și de muncă ale personalului medico-sanitar din unitățile de asistență medico-sanitară, hotărîre care pune accentul în primul rînd pe cei din mediul rural.

Bucurîndu-se de acest sprijin, pe care ar trebui să-l aplice integral și reprezentanții puterii locale de stat, care nu totdeauna înțeleg importanța acestui lucru, atunci desigur se va îmbunătăți simțitor și asistența medico-sanitară din mediul rural.

In circumscripția Prejmer, rezultatul acestei bune înțelegeri se vede, fiindcă din an în an indicele morbidității scade, indicele mortalității generale a scăzut în ultimii ani cu 40%, iar cel al mortalității infantile este permanent sub 2%.

Articol intrat în redacție în noiembrie 1955.

Organizarea şi rolul şcolilor profesionale speciale în combaterea tuberculozei

Dr. **T. Veber**, dr. **Ion Claiciu** de la Institutul de ftiziologie

Tuberculoza este o boală infecto-contagioasă a cărei răspîndire este legată, atît de factorul determinant, adică infecţia, cît şi de o complexitate de factori favorizanţi, factori de mediu interni şi externi.

Aceşti factori sînt de ordin medico-sanitar, economic şi social. Nu este obiectul lucrării noastre să analizăm amănunţit aceşti factori.

Combaterea eficientă a acestei boli constă de la sine înţeles în înlăturarea din viaţa de toate zilele a tuturor acestor factori. Dată fiind însă multitudinea şi complexitatea lor, desigur că şi măsurile care trebuie luate pentru stăvilirea bolii, vor fi multiple şi complexe. Aplicarea acestor măsuri se va putea face numai prin angrenarea în această luptă a tuturor sectoarelor vieţii de stat.

În consecinţă, măsurile necesare pentru îngrădirea endemiei tuberculoase trebuie să fie medico-sanitare, economice şi sociale.

Ele trebuie să se împletească în mod dirijat şi armonios, pentru atingerea cît mai grabnică a ţelului propus: scăderea endemiei tuberculoase şi recuperarea bolnavilor spre a-i face apţi pentru munca productivă.

La noi în ţară, după preluarea conducerii luptei împotriva tuberculozei de către stat, aceste deziderate sînt îndeplinite din an în an tot mai mult, iar rezultatele nu întîrzie să ni se arate. În cîţiva ani s-a organizat un armament antituberculos care se extinde pe toată suprafaţa ţării; s-au angrenat în această luptă o serie de sectoare ale statului, începînd cu Ministerul Sănătăţii, cu Consiliul Central al Sindicatelor, Ministerul Forţelor Armate, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Învăţămîntului, Ministerul Comerţului Interior, Ministerul Prevederilor Sociale etc., toate acestea concurînd, prin măsurile luate, să îngrădească răspîndirea infecţiei tuberculoase, să prevină îmbolnăvirile, să se aplice un tratament de calitate şi la timp celor bolnavi, să se asigure existenţa bolnavilor şi familiilor lor şi să-i recupereze pentru viaţa socială cît mai repede.

Ca urmare a acestor măsuri, morbiditatea a fost stăvilită, iar mortalitatea scade sistematic, ajungînd aproape la o treime faţă de cea din 1948.

Analizînd dezvoltarea măsurilor de combatere a tuberculozei la copii, observăm că din 1950, de cînd această problemă a fost ridicată la nivelul atenţiei cuvenite în cadrul combaterii tuberculozei, măsurile de prevenire a tuberculozei şi asistenţei medicale a copiilor bolnavi s-au dezvoltat într-un ritm considerabil.

Astfel, pe linia profilactică s-au generalizat vaccinările B.C.G., reuşindu-se să se execute anual 700 000—1 000 000 de vaccinări; s-au creat preventorii regionale, creşe diferenţiate, secţii de tuberculoză în casele copilului, pentru scoaterea copiilor din mediul bacilar în vederea prevenirii infecţiei şi ridicării rezistenţei celor infectaţi faţă de îmbolnăvirea tuberculoasă.

Pe linie de asistenţă medicală s-au creat cabinete de consultaţii de ftiziopediatrie la nivelul regiunilor şi oraşelor mari, numărul paturilor de tuberculoză infantilă a crescut faţă de 1950 de aproximativ opt ori, prin crearea unor noi sanatorii şi secţii de tuberculoză regionale. Calitatea asistenţei medicale a copiilor bolnavi de tuberculoză a crescut prin orga-

nizarea acestor secţii şi prin crearea unor cadre specializate pentru tuberculoza infantilă.

Faţă de aceste realizări importante de ordin profilactic şi curativ, măsurile de recuperare funcţională şi mai ales socială a copiilor care au suferit de această boală nu s-au dezvoltat în acelaşi ritm.

Dacă înainte de organizarea unei reţele antituberculoase pentru copii (pînă în 1950), prevenirea îmbolnăvirilor de tuberculoză printre copii nu constituia o preocupare sistematică, acest lucru, după 1950, se aplică în unele sectoare în mod excesiv, cu deficienţele pe care le analizăm mai jos.

Înainte de 1950, trierea medicală a copiilor la admiterea în şcoli era insuficientă, deoarece repartiţia lor pe diferite ramuri de învăţămînt nu ţinea seamă de posibilităţile fizice ale acestora. Astfel, erau admişi în şcoli în care se cerea efort deosebit ca : şcoli profesionale de turnători, mineri, sudori, mecanici, facultăţi grele, copii cu deficienţe fizice, debili, cu antecedente recente de tuberculoză (complexe primare, pleurezii, adenopatii, purtători de colaps etc.). Eforturile depuse de aceşti copii, care de multe ori erau silitori şi voiau să se menţină la nivelul celor sănătoşi, îi depăşeau, scăzîndu-le rezistenţa, favorizau redeşteptarea unor focare latente. În cele din urmă deveneau bolnavi de tuberculoză activă, focare noi în colectivitatea de copii, viitori pensionari, dependenţi sociali.

În etapa următoare, organele sanitare şi de învăţămînt sezisate fiind de îmbolnăvirile de tuberculoză în şcoli, mai ales în cele cu profil greu de muncă, trec la un triaj riguros al candidaţilor, selecţionîndu-i pentru meserii compatibile cu aptitudinile lor fizice şi intelectuale. Prin aceste măsuri s-a trecut în multe locuri la excese, neadmiţîndu-se în şcoli (nici în cele cu profil de muncă uşoară) copii purtători de leziuni tuberculoase stabilizate sau chiar cu sechele tuberculoase, deşi acestea erau compatibile cu frecventarea unor şcoli teoretice sau pentru meserii uşoare.

Această atitudine excesivă făcea ca în unele regiuni, aceşti copii, care erau demoralizaţi şi predestinaţi să rămînă dependeţi de familiile lor din lipsa unei pregătiri profesionale, să rămînă în afară de orice învăţămînt.

Dacă atitudinea primă (dinainte de 1950), prin supunerea unui organism debil la eforturi care-l depăşeau, favoriza creşterea tuberculozei printre adolescenţi şi tineri, după 1950 atitudinea a fost greşită prin neutilizarea forţelor, deşi limitate, la o serie de tineri. Şi una şi alta sufereau prin neaplicarea justă a măsurilor antiepidemice şi sociale în combaterea tuberculozei.

Sezisaţi de aceste fapte, iar pe de altă parte îndemnaţi de rezultatele obţinute de şcolile de pădure în U.R.S.S. şi în alte ţări, am ridicat problema organizării unor şcoli profesionale speciale pentru copiii debili cu leziuni tuberculoase stabilizate.

Cele două ministere, Ministerul Sănătăţii şi Ministerul Învăţămîntului, şi-au însuşit propunerea. Astfel, Ministerul Învăţămîntului, cu concursul tehnic al Ministerului Sănătăţii, a organizat primele şcoli profesionale speciale în ţara noastră.

Aceste şcoli sînt unităţi închise, organizate în condiţii optime de climă, de cazare, program şcolar, alimentaţie, pentru ca toţi aceşti factori să concureze la obţinerea consolidării sănătăţii copiilor, la ridicarea rezistenţei organismului lor. Prin crearea acestor condiţii, copilul debilitat de

boala tuberculoasă poate munci în cadrul capacității sale fizice, însușindu-și o profesie ce-i va asigura existența.

Vom expune în cele ce urmează modul de organizare și funcționare a acestor școli.

Școlile profesionale pentru copiii bolnavi de tuberculoză se organizează în afara centrelor aglomerate, în pădure sau în parcuri, în aceleași condiții de climă și amplasament ca și preventoriile de tuberculoză pentru copii.

Aceste unități cuprind următoarele sectoare:

1. Sectorul învățământ (școala, ateliere, internat, teren și sală de sport).
2. Sectorul medical, care cuprinde cabinetul medical, utilat cu sală de radiologie, laborator, farmacie, staționar cu un număr de paturi reprezentînd 10% din totalul elevilor.
3. Sectorul administrativ-gospodăresc, care cuprinde toate anexele administrative și gospodărești necesare unei unități închise.

Clădirile școlii în diferitele sectoare respectă normativele Ministerului Sănătății și ale Ministerului Învățământului în privința construcției, utilajului, măsurilor sanitaro-antiepidemice și de securitate.

Criteriile de recrutare a copiilor pentru aceste școli

Recrutarea elevilor se face de Ministerul Învățământului, în colaborare cu organele Ministerului Sănătății (rețeaua antituberculoasă), pe baza unui examen de admitere și medical. Din punctul de vedere al pregătirii școlare, se înscriu la admitere copii absolvenți a șapte clase elementare (14—16 ani). Din punct de vedere medical, se admit copii bolnavi de tuberculoză pulmonară și extrapulmonară stabilizată cu următoarele forme:

1. complex primar regresiv;
2. adenopatie traheobronșică regresivă;
3. tuberculoza ganglionilor periferici regresivă;
4. pleurezii resorbite de cel puțin șase luni;
5. pahipleurite intense după pleurezii;
6. tuberculoză fibro-nodulară limitată;
7. purtători de colaps medical sau chirurgical, cu leziuni stabilizate sub colaps;
8. peritonite tuberculoase cronice;
9. tuberculoze extrapulmonare stabilizate.

Condiția esențială pentru toate formele de tuberculoză este bacloscopia negativă la repetate examene prin flotație — din spută sau suc gastric — în ultimele șase luni. De asemenea, copiii admiși nu vor prezenta o scădere a capacității vitale mai mare de 25%.

Nu se admit în aceste școli copii sănătoși, copii suferinzi de boli cronice netuberculoase, cu tuberculoză activă, cu deficiențe cardio-respiratorii grave, imobilizați, fistulizați, suferinzi de boli infecto-contagioase, deficiențe mintale și suferinzi de orice fel de boală care contraindică coabitarea în colectivități.

Propunerile de admitere în aceste școli le face dispensarul de tuber-

culoză raional în raza căruia locuieşte copilul sau a teritoriului pe care se găseşte şcoala de unde se cere transferarea.

Copiii sînt recrutaţi din teren, din şcoli profesionale sau teoretice (copii îmbolnăviţi în timpul şcolii) şi din unităţi antituberculoase (copii stabilizaţi prin terapie şi cură).

Internarea în aceste şcoli se face pe baza biletului de admitere al organelor Ministerului Învăţămîntului, la care se anexează recomandarea dispensarului de tuberculoză. In aceasta se prevede epicriza (diagnostic, antecedente, evoluţie, tratamente, recomandări) copilului trimis la şcoală.

Durata şcolii profesionale este de trei ani, după care timp elevul primeşte calificarea meseriei în care a învăţat.

Funcţionarea şcolilor profesionale speciale de tuberculoză

Calificarea elevilor admişi în şcolile profesionale se face pentru meserii uşoare: tîmplărie uşoară, tinichigerie, strungărie fină, electrobobinaj, ceasornicărie, desen tehnic. Elevii admişi sînt grupaţi pe specialităţi, după aptitudini şi capacitate fizică.

Gruparea medicală în cadrul meseriilor se face astfel:

1. grupa de tuberculoze extrapulmonare;
2. grupa de tuberculoze primare;
3. grupa de tuberculoze secundare şi purtători de colaps medical şi chirurgical.

Programul zilnic al şcolilor profesionale este un program de menajare, avînd trei ore curs teoretic, două ore practică şi cură de repaus obligatorie după masă.

Programul zilnic al şcolilor profesionale speciale este:

Ora 7 deşteptarea (termometrizare, toaletă)
Ora 7,30—8 gimnastică medicală
Ora 8—8,30 micul dejun
Ora 9—12 cursuri teoretice cu pauză de 10 minute între ore; la 10,30 gustare
Ora 12—13 plimbare, jocuri
Ora 13—14 masa de prînz
Ora 14—16 cură obligatorie
Ora 16—18 lucrări practice; la ora 17 gustare
Ora 18—20 program cultural bisăptămînal; în restul zilelor meditaţie
Ora 20 masa de seară
Ora 21 culcare.

Duminicile şi sărbătorile legale se va organiza un program cultural (filme, spectacole, educaţie fizică, jocuri, excursii etc.).

Cursurile şcolare se desfăşoară după programul şcolilor adaptate profilului medico-pedagogic al acestor unităţi.

In cursul şcolarizării, medicul urmăreşte îndeaproape starea sănătăţii şi dezvoltarea copiilor, căutînd, în colaborare cu corpul didactic, să dozeze efortul fizic şi intelectual al fiecărui copil, după capacităţile sale. Medicul urmăreşte de asemenea ca prin condiţiile de trai special create, precum şi prin gimnastica medicală şi terapie ocupaţională, să obţină o ridicare a rezistenţei organismului şi recuperarea funcţională cît mai completă a organului lezat.

In acest scop se utilizează cît mai mult posibil factorii naturali de mediu (aer, lumină), precum şi exerciţii fizice dozate.

Dezvoltarea fizică şi psihică a copiilor va fi urmărită sistematic pe o fişă medicală individuală. Pe această foaie se vor trece rezultatele examenelor medicale şi măsurile medicale luate, precum şi calificativele şcolare periodice.

Această fişă trebuie să oglindească perfect starea sănătăţii copilului, precum şi pregătirea sa profesională.

Elevii suferinzi de boli intercurente, reactivări minime, sînt internaţi în staţionarul unităţii, iar cei suferinzi de boli infecto-contagioase sau reactivări tuberculoase mai importante sînt transferaţi în unităţile de specialitate din regiunea respectivă.

Asistenţa medicală a copiilor este asigurată de un medic ftiziolog, un medic internist cu o jumătate de normă şi trei surori medicale la 100 de elevi.

Aceste unităţi sînt socotite ca făcînd parte din armamentul antituberculos, ele contribuind la recuperarea medico-socială a copiilor bolnavi de tuberculoză, fapt care le dă dreptul la alocaţie de hrană şi măsuri de protecţie similare celor din oricare unitate antituberculoasă.

Locul acestor unităţi în cadrul reţelei antituberculoase este printre unităţile de postcură, avînd şi funcţia de şcoli de calificare; pe lîngă climatoterapie, dietetică medicală, utilizează fizicultura şi terapia ocupaţională pentru recuperarea funcţională cît mai completă şi socială. Prin crearea acestor unităţi de către Ministerul Învăţămîntului se împlineşte un gol mare în lupta contra tuberculozei infantile; totodată se dovedeşte importanţa deosebită pe care o au alte departamente, în afara celor sanitare, în lupta contra tuberculozei.

Desigur că în acest domeniu ne găsim de-abia la început. Succesul acestor unităţi va confirma utilitatea lor, necesitatea lărgirii profilului şi înmulţirea numărului lor.

Articol intrat în redacţie în mai 1955.

Morbiditatea diabetică în Bucureşti O depistare în circ. 17 B

Prof. I. Pavel, dr. **P. Milculescu**, dr. **D. Badralexe**, dr. **A. Radianov**, dr. **L. Cominovici**, **M. Bolea** şi **M. Baniţă**

Lucrare efectuată în cadrul Centrului antidiabetic din Bucureşti

Necesitatea dispensarizării diabeticilor rezultă din însuşi caracterul acestei boli, datorit diminuării capacităţii de lucru a bolnavilor nesupravegheaţi şi a gravităţii complicaţiilor.

Contrar multor boli, diabetul nu se poate vindeca în adevăratul sens al cuvîntului. El poate fi însă echilibrat pînă la normal printr-o supraveghere de fiecare zi, astfel că numărul mai mic de bolnavi în raport cu celelalte boli cu extensie în masă, mai răspîndite dar vindecabile, este oarecum contrabalansat prin numărul mai mare de ani care necesită o supraveghere medicală şi socială.

Pentru a avea o idee despre frecvenţa complicaţiilor, putem spune că din cei 800 de diabetici verificaţi la un anumit moment în acest scop, 55 sufereau de tuberculoză pulmonară, 31 de gangrene ale membrelor, şi 41 prezentau complicaţii oculare care reduc vederea la zero.

Astfel, aproximaiv 16% din diabetici prezintă aceste complicaţii, care de altfel nu sînt singurele care grevează capacitatea de muncă a bolnavilor. Aceste considerente arată pentru ce este necesară cunoaşterea exactă a morbidităţii diabetice.

Aprecierea morbidităţii diabetice nu este însă o problemă uşoară şi toate metodele utilizate pînă acum sînt foarte aproximative.

Unii autori apreciază procentajul diabeticilor după numărul de bolnavi internaţi într-un anumit spital, alţii deduc numărul lor după frecventarea unui centru de specialitate, cum este cel de la Berlin (Centrala diabetului). Joslin face un calcul bazat pe timpul mediu de viaţă al diabeticilor, pe care îl multiplică cu numărul diabeticilor morţi în decurs de un an. În timpul primului război mondial, Umber a înţeles importanţa cartelelor de alimente suplimentare pentru grăsimi, pentru a stabili statistica diabeticilor din Berlin.

Pentru studiul răspîndirii diabetului în Romînia, am adoptat metoda bazată pe distribuirea cartelelor suplimentare de alimente sau de insulină (existente la timpul său) cu oarecare perfecţionări asupra cărora nu vom reveni aci [1], care fără să fie perfectă, este totuşi cea mai bună pentru cazul special al diabetului.

Dat fiind că raţionalizarea insulinei va fi suprimată, am încercat în 1947 [2] şi în 1952, şi 1953 să verificăm valoarea metodei statistice bazată pe mortalitatea diabetică anuală, multiplicată cu timpul de viaţă mediu. Ca termen de comparaţie am utilizat faptul excepţional al evidenţei diabeticilor înscrişi la centrul nostru de asistenţă. Am comparat deci cu această evidenţă, metoda statistică bazată pe numărul de morţi de diabet, înregistraţi de Institutul central de statistică (103) înmulţit cu durata medie de viaţă [3] a diabeticilor din Bucureşti (tabelul 1). Ne-am dat astfel seama că cifrele rezultate prin această metodă statistică sînt inexacte. Astfel, dacă ţinem seama de evidenţa diabeticilor înscrişi la Centrul antidiabetic (C.A.D.) la acea epocă, constatăm că existau cel puţin 2 200 de diabetici în Bucureşti, adică de trei ori mai mulţi decît cei indicaţi în acelaşi an, (1947) prin metoda statisticii bazată pe mortalitatea diabeticilor înmulţită cu durata medie de viaţă. Cifra reală este chiar mai mare decît cea indicată de evidenţa diabeticilor înscrişi la C.A.D., aşa cum reiese din tabelul 1.

Tab. 1 — Valoarea metodei bazată pe mortalitatea anuală oficială. In 1947, prin metoda directă întrebuinţată de noi, existau 2 200 de diabetici, iar aplicînd corecţia ce urmează, existau 3 000 de diabetici în Bucureşti.

Comparînd cifrele Institutului central de statistică (I.C.S.), cu cele ale C.A.D., privind morţii diabetici din acelaşi an, am găsit că există o mare discordanţă. In acest fel un anumit număr de morţi înregistraţi de C.A.D. nu se găseau în statistica I.C.S., după cum un alt număr de morţi găsiţi în documentele I.C.S.-ului nu erau înscrişi la C.A.D. (tab. 2).

[1] I. PAVEL — Diabetul, Bucureşti, 1944.

[2] I. PAVEL şi A. ANGHELESCU — In căutarea unei metode valabile pentru statistica diabeticilor din Bucureşti. *Medicina romînă*, 15 noiembrie 1948.

[3] I. PAVEL, S. FLORIAN şi N. IVĂNUŞ — Stadiul evolutiv al luptei antidiabetice la Bucureşti, Media vieţii şi cauzele morţii diabetice. Bul. Acad. de med. din Romînia, 1948.

Tabelul 1

Numărul morţilor de diabet la Bucureşti după I.C.S.		Media de viaţă	Morbiditatea
1942	117	11,3	1 254
1944	128	10,3	1 318
1945	113	12,1	1 367
1946	65	13,7	809
1947	58	13,8	800
1952	70	13,98	980
1953	51	15,06	780*

Studiul acestor cifre a arătat că evidenţa diabeticilor înscrişi la C.A.D. Bucureşti era, la acea epocă, departe de a fi completă. Un număr

Tabelul 2

Morţi conf. I.C.S.		Morţi conf. C.A D.	Inreg. la I.C.S. şi C.A.D.	Neînreg. la C.A.D.	Neînreg. la I.C.S.
1944	120	121	66	54	55
1945	109	77	41	68	36
1946	65	40	27	38	13

important de diabetici nu erau încă înscrişi la C.A.D., cu toate condiţiile excepţionale de care beneficiau. Numărul diabeticilor trebuie considerat cu mult mai mare în 1947 **, şi anume cu corecţia ce rezultă din compararea datelor de mai sus.

Ţinînd seama deci de faptul că între morţii înscrişi la I.C.S., un procentaj variabil după ani n-a fost înscris la C.A.D., a trebuit, pentru a obţine un număr cît mai apropiat de cel real al diabeticilor din Bucureşti, să corectăm acest număr printr-un procentaj în plus, care, după calculele noastre, trebuie să fi fost de 35—45%. A rezultat deci că în 1947 existau în Bucureşti circa 3 000 de diabetici. Comparînd numărul de 800 care reiese din statistica bazată pe cifra mortalităţii, cu cei 3 000

* Diabeticii morţii în 1953 în Bucureşti, de care Centrul antidiabetic are cunoştinţă în mod cert, sînt 121.

** Diferenţa între numărul locuitorilor din 1942 şi al celor din 1947 nu poate explica diferenţa atît de mare a numărului de diabetici.

de diabetici probabili, conchidem că metoda de apreciere a morbidității bazată pe cifra mortalității este foarte imperfectă și duce la erori.

Mai multe motive justifică această concluzie. In primul rînd declarația de deces este incompletă, deoarece în clasificarea cauzelor care au provocat moartea nu se admite decît un singur diagnostic, care poate să nu fie cel etiologic sau în raport cu boala de fond, ci cel provocat de o cauză imediată. Astfel, de exemplu, în statistici există o categorie de morți etichetați „prin gangrenă", afecțiune care, cu toate că poate fi o cauză de deces imediată, poate fi totuși, în anumite cazuri, o complicație secundară a unei arterite diabetice.

Bazat pe acest fapt, cauza morții ar trebui să fie trecută la diabet și astfel să mărească numărul diabeticilor. Uneori diabetul poate să fie ascuns în statistica deceselor atribuite tuberculozei sau pneumoniei, afecțiuni care sînt cauzele imediate ale morții. Aceeași remarcă poate fi făcută în ceea ce privește decesele prin accident, prin cancer sau datorită bolilor infecțioase în general.

Pentru a remedia acest inconvenient, am propus să se introducă în declarațiile de deces, în afară de cauza imediată a morții, o mențiune de existența, sau mai bine-zis de coexistența bolilor cu extensie în mase, ca : tuberculoza, sifilisul, pelagra, paludismul, alcoolismul, tulburările mintale și, pentru considerații de care ne ocupăm aci, diabetul.

Dar chiar dacă ultima noastră apreciere privind morbiditatea diabetică din București de 3 000 ar fi fost exactă, ea nu ar putea fi considerată ca exprimînd morbiditatea reală. In adevăr, clinica zilnică ne arată că un număr important de diabetici nu prezintă lungă vreme simptome care să atragă atenția bolnavului și să-l incite să meargă la medic. O bună parte din diabetici se ignorează și își descoperă diabetul întîmplător, cu ocazia unei analize făcută în vederea unei operații, unei cure balneare sau a unei asigurări etc.

Apare deci net, că o cifră reală a morbidității diabetice nu poate fi dată decît de o acțiune de depistare sistematică. In acest sens în vara și toamna anului 1953, s-a executat o depistare — sondaj — la una din circumscripțiile policlinicii Spitalului „Dr. I. Cantacuzino" din raionul 1 Mai.

Pentru aceasta, am ales Circ. 17 B situată în imediata apropiere a Centrului antidiabetic. In această circumscripție existau în 1953 înscriși la Centrul antidiabetic 30 de diabetici. Urma deci ca toți cei noi depistați ca diabetici să fi ignorat boala sau știind-o, să nu se fi înscris pentru motive care nu interesează.

Metoda de lucru a fost următoarea:

a) Am înscris, după cartea de imobil, toate persoanele locuind în casele din această circumscripție și care depășeau ca vîrstă 15 ani [1].

b) S-au trimis apoi zilnic la 50 de persoane, sticle cu etichete nominale și cîte un tract comentat verbal, în care li se cerea să adune urina pînă a doua zi, începînd colectarea imediat sau la întoarcerea de la serviciu, și să o depună a doua zi la laboratorul policlinicii. S-au dat astfel

1 Morbiditatea diabetică sub 15 ani este foarte mică și am socotit că pentru ușurarea muncii noastre, ne putem dispensa de această categorie de populație.

în vara şi toamna anului 1953 : un număr de 4 711 invitaţii scrise, împreună cu sticlele respective etichetate.

c) In cazul celor care nu au răspuns, s-a făcut a doua şi a treia invitaţie. Cînd cei căutaţi nu au fost găsiţi acasă, s-a făcut apel la responsabilul de imobil sau la vreun vecin de casă sau de apartament.

Au răspuns la invitaţie 1 515 persoane, deci aproximativ 1/3 din populaţia adultă a Circ. 17 B.

d) Urinile depuse la laborator au fost analizate prin metoda Fehling şi toţi cei găsiţi suspecţi au fost rechemaţi la control pentru dozarea glicemiei şi pentru un nou control al urinii.

Din cauza opoziţiei unor persoane la luarea de sînge, nu am putut face în unele cazuri — care ar fi meritat — hiperglicemia provocată. Patru suspecţi n-au mai revenit la verificare.

Au fost depistaţi opt diabetici şi ancheta ulterioară a arătat că unii din ei aveau unele simptome care ar fi putut să-i incite să meargă la consultaţii.

Considerînd că n-a răspuns la apelul nostru decît numai 1/3 din populaţie, cifra de 8 depistaţi ar trebui înmulţită cu 3, ceea ce ar face ca morbiditatea diabetică depistată în populaţia adultă a Circ. 17 B să fie de 24. Această cifră adăugîndu-se la cei 30 de bolnavi cunoscuţi, dublează în mod teoretic [1] numărul de cazuri pe care Centrul antidiabetic le cunoaşte dinainte în această circumscripţie.

Comentarii şi concluzii

Această cercetare arată că între morbiditatea diabetică cunoscută şi morbiditatea diabetică reală, în lotul studiat de noi ar exista o diferenţă de la simplu la dublu.

Metodele de apreciat morbiditatea diabetică cu excepţia depistării sistematice şi, în mai mică măsură, prin intermediul înregistrării cazurilor în Centrele antidiabetice în care se eliberează cartele de insulină şi reţete de zaharină sînt absolut insuficiente. Cum metodele sînt de aplicaţie excepţională, va trebui, radical ameliorată metoda bazată pe multiplicarea cifrei care indică mortalitatea diabetică pe timpul de viaţă mediu al diabeticilor. Pentru aceasta, în declaraţia de moarte, alături de cauza morţii, va trebui să existe o rubrică cu întrebarea: A avut diabet?

Interesul populaţiei pentru o muncă de depistare făcută cu maximum de efort din partea noastră, este încă prea modest. Abia o treime dintre cei chemaţi au răspuns apelului şi efortului nostru. Aceasta arată şi ce muncă de educaţie sanitară trebuie făcută pentru ca munca de depistare să fie uşurată în viitor.

Articol intrat în redacţie în iunie 1955.

[1] Este poarte probabil că între populaţia sub 15 ani să mai fi existat un procent mic şi că de asemenea proba glicemiei provocate ar fi putut pune în valoare alte cîteva diabete mici.

Organizarea şi funcţionarea unui serviciu medico-sanitar de întreprindere într-un bazin forestier *

Dr. **D. Pereţianu** şi **Mircea Voiculescu**

Lucrare efectuată în Institutul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei, director prof. T. Ilea.

Industria forestieră ocupă un loc important în economia noastră naţională. Prin grija partidului şi guvernului, în anii de democraţie populară s-au realizat îmbunătăţiri însemnate ale condiţiilor de muncă şi de trai ale muncitorilor din industria forestieră.

Succese însemnate s-au obţinut şi în deservirea medico-sanitară, prin dezvoltarea punctelor de sănătate, a posturilor de prim-ajutor, asigurarea mijloacelor de transport etc.

Cu toate aceste realizări, s-a constatat o rămînere în urmă a organizării deservirii medico-sanitare a muncitorilor din industria forestieră, mai ales la gurile de exploatare **.

Pentru o mai bună cunoaştere a situaţiei şi pentru a găsi soluţii de remediere, s-a efectuat în cursul anilor 1953—1954 o anchetă la 58 de întreprinderi forestiere din diferite regiuni ale ţării, adîncind cercetarea într-o serie de centre forestiere mai dezvoltate, dintre care centrul forestier de la Nehoiu (raionul Cislău, regiunea Ploieşti).

În cursul anului 1955, în acest teritoriu a funcţionat S.M.S. Nehoiu, unitate nouă, creată pe baza cercetărilor şi propunerilor din anii anteriori ale Institutului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei, propuneri aprobate de Ministerul Sănătăţii.

Teritoriul S.M.S. Nehoiu cuprinde bazinul de exploatare al I.F.E.T. (Întreprindere forestieră de exploatare şi transport) — Nehoiu (valea Buzăului, valea Bîsca Mare şi valea Bîsca Mică), fabrica de cherestea U.I.L. (Unitatea de industrializarea lemnului) din Nehoiu şi comunele: Păltineni, Nehoiu, Nehoiaşi, Siriu şi Gura Teghii. Întinderea maximă a acestui teritoriu variază pe fiecare vale în parte, între 38 şi 48 km de Nehoiu.

Întreprinderile forestiere U.I.L. şi I.F.E.T. Nehoiu totalizează un număr de aproximativ 3 800 de salariaţi. Cea mai mare parte dintre muncitorii forestieri se recrutează din cadrul populaţiei locale, care se cifrează la 13 450 de locuitori.

Majoritatea muncitorilor (65%) sînt muncitori sezonieri care în anumite epoci ale anului, în special în timpul muncilor agricole, pierd periodic calitatea de muncitori forestieri, revenind după aceasta în exploatări sau fabrică.

---

* Lucrare efectuată în colaborare cu colectivul de medici al S.M.S. Nehoiu, director dr. Al. Frăţilă.

** Vezi T. Ilea, D. Pereţianu, M. Voiculescu : „Oragnizarea asistenţei medico-sanitare a muncitorilor din industria forestieră" din Ocrotirea sănătăţii în R.P.R., nr. 4, 1954, p. 26—43.

Asistența medico-sanitară în bazinul forestier Nehoiu pînă la data înființării serviciului medico-sanitar

În bazinul forestier Nehoiu au existat pînă în cursul anului 1954 următoarele instituții medico-sanitare: spitalul unificat Nehoiu, circumscripțiile medicale rurale Păltineni, Nehoiași și Gura Teghii.

Spitalul Nehoiu, înființat în 1948, a fost reorganizat de Ministerul Sănătății în septembrie 1952 sub forma unui fel de S.M.S. cu caracter de deservire mixtă. Acestui S.M.S. i se atribuise teritoriul exploatării forestiere împărțit în 3 circumscripții „de pădure", toate cu sediul în Nehoiu, și în plus o circumscripție rurală la Păltineni, *neînglobîndu-se* populația comunelor Nehoiu, Nehoiași, Siriu și Gura-Teghii, comune situate de fapt în apropierea exploatărilor.

Această teritorializare, în realitate, a avut un caracter formal, ea neputînd fi pusă în practică, deoarece muncitorii din exploatări trebuiau să fie deserviți de medicii din Nehoiu, situați la mari distanțe față de exploatări. Medicii din Nehoiu continuau să consulte ca și pînă atunci orice bolnav, neținînd seama de teritorializarea pe circumscripții de pădure.

În același timp, circumscripția Nehoiași (cuprinzînd și comuna Siriu de pe valea Buzăului, comună situată la 11 km de sediul circumscripției) și circumscripția Gura-Teghii deserveau numai populația rurală, nepreocupîndu-se de muncitorii ce lucrau în exploatările învecinate, lăsînd această preocupare medicilor de la Nehoiu, situați la o distanță mult mai mare de aceste guri de exploatare.

Ca rezultat al acestei organizări, indicele de deservire cu asistență medicală pentru muncitorii forestieri era foarte scăzut, iar această scădere variază, pentru fiecare circumscripție de pădure, în raport cu distanța de la Nehoiu la locul de muncă al muncitorilor respectivi. Astfel, indicele de deservire:

în circ. I de pădure (dist. 24—54 km) este 0,1 consult./salariat/an
în circ. a II-a de pădure (dist. 6—38 km) este 0,7 consult./salariat/an
în circ. a III-a de pădure (dist. 0,200—9 km) este 1,3 consult./salariat/an

În același timp, indicele de deservire pentru muncitorii din fabrica de cherestea din comuna Nehoiu era mult mai mare: 2,4 consultații/salariat/an.

Pe de altă parte, deși spitalul era teritorializat numai pe exploatări și fabrica de cherestea, el dădea doar 37,8% din consultații pentru muncitorii forestieri, restul fiind acordate pentru nesalariați sau salariați ai altor întreprinderi și instituții din teritoriu. În staționar, doar 37,2% din totalul internaților erau muncitori forestieri.

Din totalul de nesalariați internați, 26% provenau din circumscripțiile Nehoiași și Gura-Teghii, care nu aveau legături funcționale organizate cu spitalul Nehoiu.

În plus, menționăm încălcarea principiului teritorializării în ceea ce privește controlul activității punctelor de sănătate cu cadre medii din exploatări, care erau îndrumate și controlate de la Nehoiu și nu de medicii circumscripțiilor rurale, care se găseau în apropierea acestor puncte de sănătate.

Pe lîngă aceste lipsuri majore, mai citățm altele, cum ar fi:

a) Munca în staţionar nu se ducea pe bază de secţie de spital, deşi, formal, existau 3 secţii : interne, chirurgie şi contagioase.

b) Lipsa unei activităţi chirurgicale de calitate, din cauza lipsei unei săli chirurgicale adecvate şi a cadrelor de specialitate respective. Această lipsă se făcea resimţită la Nehoiu, datorită specificului muncii în exploatări, care expune muncitorii la numeroase traumatisme.

c) Lipsa unor secţii de diagnostic (radiologie, laborator), foarte utile în special în caz de fracturi, de cele mai multe ori cauzate de accidente de muncă.

d) Lipsa unor secţii bine constituite de maternitate şi de pediatrie. Menţionăm că 23,4% din totalul internaţilor din 1953 au fost copii de la 0 la 14 ani, din care 80% erau în grupa de vîrstă de 0—7 ani.

e) Aglomerarea bolnavilor în staţionar era foarte mare, ceea ce se reflectă prin indicele de utilizare a paturilor crescut : 331 în 1953, faţă de norma Ministerului Sănătăţii, de 280.

f) Lipsa unui fişier la policlinică, ceea ce nu dădea posibilitatea medicilor de a urmări bolnavii, în special pe muncitorii forestieri.

g) Lipsa unei susţinute activităţi sanitaro-antiepidemice, în special în exploatări; în acest sector trebuiau rezolvate probleme în ceea ce priveşte cazarea, alimentaţia şi igiena muncii salariaţilor.

h) Lipsa unui mijloc de transport rapid şi comod pentru transportul urgenţelor medico-chirurgicale din pădure spre Nehoiu.

Faţă de aceste lipsuri, precum şi faţă de altele, asupra cărora nu insistăm, Institutul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei a propus Ministerului Sănătăţii, iar acesta a aprobat, înlocuirea vechii forme organizatorice printr-o formă nouă, aceea de serviciu medico-sanitar de tip forestier.

Propunerile de reorganizare a unităţilor medico-sanitare din bazinul forestier Nehoiu

O primă problemă care trebuia rezolvată era îmbunătăţirea *accesibilităţii* asistenţei medicale îndeosebi pentru muncitorii din exploatări.

Aceasta s-a realizat printr-o nouă teritorializare şi arondare a circumscripţiilor, apropiindu-se unităţile medico-sanitare cu cadrele respective de locurile de muncă şi de trai ale muncitorilor forestieri. Astfel, a fost înfiinţată o circumscripţie nouă (circumscripţia Siriu) pe valea Buzăului, iar la circumscripţia Gura-Teghii s-a amenajat un staţionar cu 17 paturi, situat la confluenţa a două văi (Bîsca Mare şi Bîsca Mică), pe care se află un număr de guri de exploatare. De asemenea, circumscripţia Gura-Teghii a fost încadrată cu doi medici de medicină generală şi un medic stomatolog, iar numărul punctelor de sănătate cu cadre medii de la gurile de exploatare din întregul bazin forestier a fost sporit.

Spre deosebire de vechea formă de organizare sanitară în care circumscripţiile rurale dau asistenţă numai populaţiei — muncitorii forestieri fiind deserviţi de cadrele medicale din comuna Nehoiu, aflate la mare depărtare de exploatări — noile circumscripţii ale S.M.S. Nehoiu realizează o deservire mixtă, dînd asistenţă, atît muncitorilor forestieri, cît şi populaţiei rurale învecinate.

Serviciului medico-sanitar Nehoiu îi revine sarcina rezolvării coordonate a tuturor problemelor curativo-profilactice şi sanitaro-antiepidemice

de pe teritoriul bazinului forestier Nehoiu, atît pentru muncitorii forestieri, cît și pentru populația rurală învecinată.

În consecință, toate unitățile medico-sanitare din bazinul forestier Nehoiu au fost încadrate în S.M.S., care devine for *organizatorico-metodologic* pentru cadrele și unitățile de pe teritoriul său.

Pentru a putea îndeplini sarcinile de for organizatorico-metodologic a fost necesar ca S.M.S. Nehoiu să fie încadrat cu un număr de cadre de specialitate care să asigure acestei unități un grad satisfăcător de tehnicitate.

În primul rînd, s-a urmărit dezvoltarea secției de chirurgie pe un profil de traumatologie și ortopedie, ținînd seama de frecvența crescută a accidentelor de muncă la întreprinderile I.F.E.T. și U.I.L. Nehoiu. Astfel în schema S.M.S. au fost prevăzute un post de medic primar de chirurgie și un post de medic consultant chirurg.

Ca un serviciu auxiliar, necesar bunei funcționări a secției de chirurgie, s-a introdus în schemă un post de medic radiolog.

În schema S.M.S. Nehoiu au mai fost prevăzute următoarele posturi de medici specialiști: pediatru, ginecolog-obstetrician, stomatolog, medic de laborator și dermato-venerolog.

A. *Organizarea S.M.S. Nehoiu*

Teritoriul S.M.S. Nehoiu este împărțit în 4 circumscripții medicale. Atît circumscripțiile, cît și instituțiile care le compun sînt de diverse tipuri și cu funcționalități diferite, și anume:

1. *Circumscripția Nehoiu* cu doi medici, unificată cu spitalul-policlinica din Nehoiu, avînd o deservire mixtă: salariații fabricii de cherestea din Nehoiu, salariații I.F.E.T. cu locurile de muncă pe teritoriul comunei Nehoiu și locuitorii comunelor Nehoiu și Păltineni.

2. *Circumscripția Nehoiași* cu un medic, unificată cu spitalul și policlinica din Nehoiu, cu sediul în comuna Nehoiași, deservind aproape în exclusivitate (96,5%) populația rurală din comuna Nehoiași.

3. *Circumscripția Gura-Teghii* cu ambulator și staționar cu 17 paturi, cu doi medici de medicină generală și un medic stomatolog, cu deservire mixtă, legată funcțional și administrativo-organizatoric de S.M.S. Nehoiu, deservind muncitorii de la gurile de exploatare de pe văile Bîsca Rosilei, Bîsca Mare și Bîsca Mică și locuitorii comunei Gura-Teghii. Localul în care funcționează staționarul și ambulatorul circumscripției a fost fixat în satul Varlam, situat la confluența a două văi (Bîsca Mare și Bîsca Mică), unde lucrează marea majoritate a muncitorilor forestieri din circumscripție.

4. *Circumscripția Siriu* cu dispensar, cu un medic, cu deservire mixtă, legată funcțional și administrativo-organizatoric de S.M.S. Nehoiu, deservind pe muncitorii de la gurile de exploatare de pe valea Buzăului și pe locuitorii comunei Siriu.

În cadrul circumscripțiilor funcționează:

— 12 puncte de sănătate de pădure sau fabrică, cu felcer sau oficiant sanitar, deservind în exclusivitate salariați ai întreprinderilor forestiere;

— 2 puncte de sănătate comunale încadrate cu felcer sau oficiant sanitar, deservind populația rurală a comunelor.

La sediul S.M.S. se află:

— staționar cu 55 de paturi, situat în comuna Nehoiu, cu următoarele secții: interne (20 de paturi, din care 6 pentru copii), chirurgie

(20 de paturi), maternitate (5 paturi) și boli contagioase (10 paturi);

— policlinică, cuprinzînd 9 servicii, dintre care în cursul anului 1955 urmau să funcționeze 5 servicii, și anume: interne (cabinetele circumscripțiilor Nehoiu și Nehoiași), chirurgie, ginecologie-obstetrică, pediatrie și stomatologie. Cabinetul radiologic urma să funcționeze deocamdată numai în cadrul staționarului. În policlinică funcționează și comisia medicală consultativă a S.M.S. prevăzută în schemă cu o normă de medic.

Conducerea S.M.S. este asigurată de un medic director ajutat de un medic director adjunct pentru policlinică.

În staționar lucrează doi medici primari. S.M.S. Nehoiu are prevăzut în schemă și un post de medic igienist, ajutat de doi felceri igieniști.

A mai fost prevăzut ca S.M.S. să fie dotat cu mijloace de transport pentru accidentați, reprezentate prin vagonete sanitare la fiecare punct de sănătate cu cadre medii în exploatări și la sediile circumscripțiilor Siriu și Gura-Teghii, precum și cu autodrezină sanitară amenajată pentru transportul accidentaților și al altor urgențe.

B. *Graficul de lucru al cadrelor medicale din S.M.S. Nehoiu*

Graficul de lucru al medicilor de circumscripție diferă pentru fiecare circumscripție în parte.

Medicii circumscripției Nehoiu au atribuțiile unor medici interniști de circumscripție, lucrînd în sistemul bifazic: zilnic cîte 3 ore și jumătate în staționar, apoi unul dintre ei dă consultații la policlinică, iar celălalt duce numai muncă de teren timp de o săptămînă. În săptămîna următoare, medicul care a dat consultații în policlinică trece la munca de teren, iar celălalt consultă în policlinică. Munca în policlinică și pe teren continuă apoi alternativ de la un medic la celălalt, cîte o săptămînă fiecare.

Medicul circumscripției Nehoiași are un profil de medic internist în policlinica Nehoiu, iar pe teren rezolvă toate problemele unui medic de circumscripție rurală. El lucrează în policlinică și pe teren, rezervîndu-și pentru acesta din urmă două zile întregi pe săptămînă.

Medicii circumscripțiilor Siriu și Gura Teghii activează ca medici de circumscripții rurale, punînd accentul pe vizitarea locurilor de muncă ale muncitorilor forestieri. Medicul circumscripției Gura-Teghii își rezervă ore pentru activitatea din staționar.

Medicii primari duc muncă de îndrumare și control pe linie de specialitate în circumscripțiile îndepărtate Siriu și Gura-Teghii.

Medicii specialiști au sarcini curente pe linie de specialitate în cadrul policlinicii pentru circumscripțiile Nehoiu (inclusiv terenul) și Nehoiași (fără teren) și sarcini de îndrumare și control pe linie de specialitate în circumscripțiile îndepărtate Siriu și Gura-Teghii.

C. *Evidența și raportarea*

1. Pentru a se putea aprecia și urmări în timp gradul de deservire preferențială cu asistență a muncitorilor forestieri față de restul populației ar fi fost necesar să se înregistreze și să se culeagă periodic date separate privind muncitorii forestieri.

Avînd în vedere însă fluctuația muncitorilor forestieri, a fost necesar să adoptăm următoarele soluții:

a) o evidență globală a consultațiilor date muncitorilor forestieri și restului populației;

b) o evidență separată pentru unele probleme specifice colectivităților

industriale (vaccinări T.A.B., sifilis, dispensarizare etc.), acestea neconstituind, cu excepţia dispensarizării, o sarcină de raportare pentru S.M.S. Nehoiu către secţia sanitară raională.

2. Ca principale formulare de evidenţă primară am propus introducerea, mai întîi la policlinica S.M.S. Nehoiu şi ulterior la celelalte circumscripţii (pe măsura creării condiţiilor materiale corespunzătoare), a fişei de consultaţii pentru adulţi (atît pentru muncitori forestieri, cît şi pentru populaţia locală) şi a fişei copilului, fapt care aduce după sine şi utilizarea centralizatorului lunar de activitate zilnică.

În afară de acestea, unităţile componente ale S.M.S. Nehoiu utilizează toate registrele şi formularele prevăzute în „Indreptarul de evidenţă şi raportare al Ministerului Sănătăţii".

3. Considerînd că nu este necesar să se elaboreze un tip de raport de activitate diferenţiat pentru Serviciul medico-sanitar deschis de tip forestier de la Nehoiu — din cauza numărului mic de unităţi medicale asemănătoare care ar putea fi înfiinţat în ţară — iar pe de altă parte, negăsind utilă, ci chiar greoaie, completarea de fiecare dată a cîte două rapoarte (san. 12 pentru populaţia locală şi san. 13 pentru muncitorii forestieri), am ajuns la concluzia că raportul de activitate al S.M.S. Nehoiu trebuie să fie reprezentat de raportul circumscripţiei şi al spitalului de circumscripţie (san. 12).

Acesta va cuprinde în toate capitolele sale date globale pentru ambele colectivităţi (muncitori forestieri şi populaţie locală) şi va fi însoţit de o *anexă,* cuprinzînd următoarele date referitoare numai la muncitorii forestieri în totalitatea lor: dispensarizarea, realizările aplicării planului unic complex şi morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, corespunzînd capitolelor 8, 14 şi 15 din raportul san. 13 (vezi fig. 1 şi 2).

4. În conformitate cu structura organizatorică şi funcţională a S.M.S. Nehoiu, subunităţile medico-sanitare de pe teritoriul său vor raporta semestrial activitatea lor Direcţiei S.M.S. (utilizînd de asemenea raportul san. 12), care, la rîndul său, o va centraliza în raportul semestrial respectiv către secţia sanitară raională.

5. Înregistrarea şi raportarea morbidităţii se face pe codul de 90 de cauze pentru morbiditatea generală (muncitorii forestieri şi populaţia locală la un loc), iar pentru morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă se vor codifica certificatele de concedii medicale pe codul de 20 de cauze, în conformitate cu dispoziţiile în vigoare.

Rezultatele activităţii S. M. S. Nehoiu în 1955

A. *Accesibilitatea la asistenţă medicală*

După cum s-a arătat, problema centrală care a stat la baza organizării S.M.S. Nehoiu a fost *îmbunătăţirea accesibilităţii asistenţei medicale,* îndeosebi pentru muncitorii din exploatări.

Am arătat de asemenea, că în organizarea S.M.S. Nehoiu am pornit de la ipoteza că o bună rezolvare a problemei accesibilităţii la asistenţă medicală pentru muncitorii forestieri va avea ca urmare o accesibilitate crescută la asistenţă medicală şi pentru restul populaţiei locale *(principiul deservirii mixte).*

În cursul anului 1955, circumscripţia Gura-Teghii a funcţionat în condiţii mai bune, ajungînd la rezultate satisfăcătoare.

S. M. S. .....
Circ. .....

ANEXA

la raportul pe Sem..... Anul.....

A : Dispensarizare a)

Total dispensarizaţi	Sănătoşi		Bolnavi dispensarizaţi pe cauze											
	Total	Din care dispensarizaţi	Total											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Cap. B : Rezultate obţinute în aplicarea planului unic complex a)

Denumirea măsurilor planificate în sem.....	Din care s-au realizat	Cauzele nerealizării
1	2	3

a) Se completează de către medicii de circumscripţie şi de către Direcţia S.M.S *Medic Circumscripţie.*

Cap. C : Cazuri noi de incapacitate temporară de muncă

Cod	Cauzele de îmbolnăvire	Cazuri noi de incapacitate de muncă	Total zile concediu de boală
1	2	3	4
	Total . . .		
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Cap. D : Indicii morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă

	Frecvenţa	Gravitatea	Durata
Nr. mediu scriptic al salariaţilor b)	Nr. cazuri noi de incapacitate × 100 =	Total zile concediu de boală × 100 =	Total zile concediu de boală =
.....	Nr. mediu scriptic al salariaţilor	Nr. mediu scriptic al salariaţilor	Cazuri noi de incapacitate de muncă

a) Se completează numai de către direcţia S. M. S.
b) Numai salariaţii care au drept la asigurări sociale.

Medic Director,

Astfel, numărul consultaţiilor a crescut de la 4 361, în anul 1954, la 4 765, în anul 1955. Această creştere s-a făcut pe seama serviciului de stomatologie, nou înfiinţat.

Repartizarea procentuală a consultaţiilor pe muncitori forestieri şi restul populaţiei ne indică că procentul de muncitori forestieri consultaţi în 1955 a crescut faţă de 1954, cînd circumscripţia funcţiona în vechea organizare sanitară. În acest sens, prezentăm tabelul 1 :

Tabelul 1

Specificare	Consultaţii date la :			
	muncitori forestieri %		restul populaţiei %	
	1954	1955	1954	1955
Total consultaţii	8,3	15,6	91,7	84,4
Consultaţii medicină generală .	8,0	11,4	92,0	88,6
„ stomatologie . . .	18,5	53,2	81,5	46,8

Analizînd consultaţiile date de această circumscripţie după înfiinţarea staţionarului (17 octombrie 1955) reies o serie de date care arată că o dată cu înfiinţarea acestuia, numărul de consultaţii a crescut, iar procentul de muncitori forestieri consultaţi a crescut într-o proporţie mult mai mare faţă de lunile anterioare, cînd circumscripţia funcţiona fără staţionar.

Faptul că numărul consultaţiilor în perioada de după înfiinţarea staţionarului a crescut este demonstrat de indicele de aglomerare la consultaţii. In cursul anului 1955, în perioada fără staţionar (1. I—17. X) indicele de aglomerare a fost de 16,2, iar după înfiinţarea staţionarului (17. X—31.XII) a crescut la 20,4 (menţionăm că în cursul anului nu au intervenit în circumscripţie mari mişcări de populaţie, aglomerări muncitoreşti sezoniere sau izbucniri epidemice deosebite).

În ceea ce priveşte consultaţiile date muncitorilor forestieri în cele două perioade sus-amintite, în comparaţie cu perioadele similare din 1954, prezentăm tabelul 2 care se referă la consultaţiile de medicină generală date muncitorilor forestieri :

Tabelul 2

Consultaţii date muncitorilor forestieri					
Perioada 1.I-31.XII %		Perioada 1.I-17.X %		Perioada 17.X-31.XII %	
1954	1955	1954	1955	1954	1955*
8,0	11,4	7,9	9,9	8,2	17,1

* Perioada de funcţionare cu staţionar.

Din tabel reies două lucruri mai importante:

1. În cursul anului 1954, între cele două perioade nu au existat deosebiri semnificative. În schimb, în cursul anului 1955, procentul de consultaţii date muncitorilor forestieri în perioada de după înfiinţarea staţionarului aproape s-a dublat faţă de perioada premergătoare înfiinţării staţionarului.

2. Procentul de consultaţii date muncitorilor în cursul anului 1955 este crescut în ambele perioade, faţă de perioadele similare din 1954, fiind de peste 2 ori mai mare în perioada 17. X—31. XII. 1955 (cu staţionar), faţă de aceeaşi perioadă din 1954 (fără staţionar).

Indicele de deservire pentru muncitorii forestieri şi pentru restul populaţiei s-a îmbunătăţit simţitor pentru muncitorii forestieri, rămînînd aproape neschimbat pentru restul populaţiei (vezi tabelul 3).

Tabelul 3

Indicele de deservire					
muncitori forestieri			restul populaţiei		
1953	1954	1955	1953	1954	1955
0,1	0,3	0,6	1,2	1,2	1,3

Faptul că indicele de deservire pentru restul populaţiei a rămas aproape neschimbat în noua formă organizatorică, ne arată că principiul deservirii mixte nu impietează asupra principiului acordării asistenţei preferenţiale pentru muncitori.

Am arătat mai sus că accesibilitatea la asistenţă medicală pentru muncitori a crescut considerabil în perioada de la înfiinţarea staţionarului din circumscripţia Gura-Teghii.

Acest staţionar cu 17 paturi, în două luni şi jumătate de funcţionare în cursul anului 1955, a dus o activitate bună.

Indicele de utilizare a paturilor a fost de 228,7 (calculat prin raportarea activităţii pe 2 luni şi jumătate la un an întreg); acest indice este destul de bun pentru o unitate nou-înfiinţată.

În staţionar, proporţia de muncitori forestieri internaţi este de 44,6%, restul de 55,4% fiind ocupat de membrii de familie ai salariaţilor şi alţi locuitori ai circumscripţiei.

Proporţia de internaţi adulţi şi copii este următoarea: 74,7% adulţi şi 25,3% copii.

Morbiditatea în staţionar în perioada de la înfiinţare pînă la sfîrşitul anului 1955 arată frecvenţa mai mare a următoarelor boli: reumatism cronic, stări gripale şi amigdalite.

Deoarece în comună nu există casă de naştere, se proiectează repartizarea a 2—3 paturi — într-o cameră izolată — pentru crearea unei secţii de maternitate.

Tratamentul bolnavilor este asigurat prin medicamentele trimise de farmacia S.M.S. Nehoiu. Dintre medicamente nu lipsesc antibioticele. Tratamentul plăgilor se face cu pansamente sterilizate trimise în casolete de la spitalul Nehoiu.

Staţionarul din Gura-Teghii va constitui un filtru de reţinere a bolnavilor din circumscripţie pentru a nu supraaglomera spitalul din Nehoiu. Deocamdată nu posedăm încă date concludente în această privinţă, deoarece staţionarul funcţionează doar de puţină vreme.

Dacă în condiţiile primelor trei trimestre ale anului 1955 — fără staţionar — medicul circumscripţiei, încadrat cu o normă şi jumătate, reuşea să facă faţă sarcinilor sale, o dată cu înfiinţarea staţionarului sarcinile sale s-au mărit, ceea ce creează pericolul ruperii de teren în favoarea activităţii de la sediul circumscripţiei. De aceea, încadrarea celui de-al doilea medic al circumscripţiei a devenit imperios necesară în momentul de faţă.

În concluzie, accesibilitatea la asistenţă medicală pentru muncitorii forestieri din circumscripţia Gura-Teghii a crescut simţitor, deci scopul nostru a fost atins.

Circumscripţia Siriu, funcţionînd intermitent cu medic, nu ne oferă date concludente.

Problema accesibilităţii la asistenţă medicală nu s-a pus cu aceeaşi ascuţime pentru muncitorii forestieri din apropierea com. Nehoiu. Aici s-a pus problema cunoaşterii mai îndeaproape a locurilor de muncă, a vizitării terenului. Organizarea şi funcţionarea circumscripţiilor Nehoiu şi Nehoiaşi nu a putut fi ruptă de problema deservirii mixte.

În circumscripţia Nehoiu, indicele de deservire pentru comune a rămas neschimbat: 1,2 în 1953 şi în 1955. În schimb, acelaşi indice pentru muncitorii forestieri a crescut de la 1,3 în 1953 la 3,5 în 1955, deci s-a triplat. Faptul că în această circumscripţie cei doi medici (avînd o vechime de peste 7 ani în localitate) se preocupă alternativ de problemele terenului şi de consultaţii, a făcut să se adîncească legătura cu întreprinderile — în special cu fabrica de cherestea din Nehoiu — şi să se mobilizeze muncitorii pentru îngrijirea sănătăţii lor.

Circumscripţia Nehoiaşi, care funcţionează în cadrul policlinicii Nehoiu şi deserveşte aproape în exclusivitate populaţia rurală, nu a reuşit să îmbunătăţească deservirea populaţiei respective. Indicele de deservire a scăzut de la 1 în 1953 la 0,7 în 1955.

Cauzele acestui insucces rezidă în următoarele:

1. În 1953, în circumscripţia Nehoiaşi, care-şi avea sediul în comuna Nehoiaşi, funcţiona la acea dată un medic care lucra de 7 ani în acea circumscripţie, bucurîndu-se de încrederea populaţiei.

2. Noul medic al acestei circumscripţii a avut o activitate discontinuă, lucrînd timp de 6 luni şi în staţionarul Nehoiu pentru îmbunătăţirea calificării sale profesionale.

3. Este posibil ca mutarea sediului circumscripţiei din comuna Nehoiaşi în policlinica Nehoiu (la 2 km de centrul comunei Nehoiaşi) să fi scăzut accesibilitatea la asistenţă medicală pentru populaţia din această circumscripţie.

Situaţia circumscripţiei Nehoiaşi ne face, deci, să întrevedem reorganizarea acesteia prin revenirea la vechiul sediu din comuna Nehoiaşi şi la păstrarea unei riguroase discipline de muncă a cadrelor ce compun această circumscripţie.

B. *Asistenţa de specialitate*

O altă problemă deosebit de importantă, care s-a pus o dată cu organizarea S.M.S. Nehoiu, este *îmbunătăţirea asistenţei calificate şi de specialitate.*

În această chestiune s-a dat o deosebită atenţie dezvoltării staţionarului din comuna Nehoiu.

Deşi acesta a funcţionat doar cu 5 paturi mai mult faţă de anul 1953, spitalul a înregistrat o serie de rezultate bune, mai ales pe linia dezvoltării secţiei de chirurgie.

În secţia de chirurgie care funcţionează de la sfîrşitul anului 1953 s-au executat în cursul anului 1955 peste 700 de intervenţii chirurgicale, între care găsim multe intervenţii mari, cum ar fi: rezecţia gastrică, colectomii parţiale, rezecţii parţiale de ficat, operaţii Halsted, operaţii Wertheim, colecistectomii, tiroidectomii etc. (amintim că în trecut activitatea de chirurgie din spitalul Nehoiu se rezuma doar la operaţii de mică chirurgie, mergînd pînă la amputaţii).

Calitatea asistenţei chirurgicale reiese din faptul că mortalitatea în această secţie este de 0,6%, iar procentul de complicaţii postoperatorii — inclusiv supuraţii — este de 4,3%.

Dacă în 1953, spitalul Nehoiu avea o morbiditate în care predomina caracterul de medicină internă (72% din internaţi aveau un profil de medicină internă, pediatrie şi contagioase şi 28% aveau un profil de chirurgie şi obstetrică-ginecologie), în 1955 profilul de chirurgie al spitalului a crescut considerabil, ajungînd ca 42,4% din internaţi să aibă un profil chirurgical şi de obstetrică-ginecologie, restul de 57,6% avînd un profil de medicină internă, pediatrie şi contagioase. Această transformare este în concordanţă cu caracterul unui spital care deserveşte un centru forestier.

În ceea ce priveşte activitatea spitalului luat în totalitate, remarcăm că acesta s-a aglomerat mult faţă de anul 1953.

Astfel, indicele de utilizare a paturilor (pentru toate secţiile), care în 1953 era de 331 (crescut faţă de norma Ministerului Sănătăţii, de 280), a devenit în 1955 de 383,6.

În toate secţiile — cu excepţia secţiei de boli contagioase — indicele normă al Ministerului Sănătăţii a fost depăşit.

Situaţia aceasta rezultă din următoarele cauze:

1. Numărul paturilor din spital în raport cu cerinţele de internare este încă mic. Astfel, indicele de asigurare cu paturi calculat pentru populaţia nesalariată este de 2,8‰, iar pentru muncitorii forestieri de 4,7‰.

Această situaţie nu poate fi remediată decît prin construirea unui nou spital cu paturi suficiente pentru satisfacerea cerinţelor de internare.

2. Numărul bolnavilor extrateritoriali internaţi a crescut faţă de anii anteriori. Astfel, dacă proporţia de bolnavi extrateritoriali era de 12% în 1953, în anul 1955 el a ajuns la 20%.

Situaţia se datoreşte pe de o parte, calităţii crescute a modului de acordare a asistenţei medicale faţă de anii trecuţi, iar pe de alta, faptului că spitalul raional din Pătîrlagele are o activitate slabă, nereuşind să reţină bolnavii dinafara teritoriului S.M.S.

Această situaţie va trebui remediată prin îmbunătăţirea activităţii spitalului raional.

În policlinică, în cursul anului 1955 nu au funcţionat decît temporar cabinetul de chirurgie şi de loc cabinetul de obstetrică-ginecologie. Lipsa unor cabinete de chirurgie şi de obstetrică-ginecologie în policlinică, dotate cu instrumentar de mică chirurgie şi material sterilizat, s-a făcut

resimțită, deoarece bolnavi care necesită mici intervenții chirurgicale sau consultații de specialitate aglomerează serviciul de gardă al spitalului, ocupînd chiar nejustificat paturi în staționar.

Medicii de la sediul S.M.S. au întărit legăturile cu terenul, spre deosebire de trecut. Astfel, medicii primari au făcut cu regularitate deplasări în circumscripțiile îndepărtate pe linia specialității lor. De asemenea și unii medici consultanți specialiști, de exemplu medicul stomatolog, fac deplasări în anumite zile ale săptămînii în circumscripțiile îndepărtate.

Cu ocazia acestor deplasări, pe lîngă consultații de specialitate, acești medici au îndrumat cadrele din circumscripții în aplicarea unor noi metode de diagnostic și tratament (mici intervenții chirurgicale, extracții dentare, pansamente dentare etc.).

C. *Activitatea sanitaro-antiepidemică*

Unul dintre obiectivele principale ale activității S.M.S. l-a constituit *îmbunătățirea activității sanitaro-antiepidemice.*

Această activitate a fost condusă de medicul director adjunct pentru policlinică, responsabil cu problemele sanitaro-antiepidemice în lipsa medicului igienist.

În afară de medicii de circumscripție, activitatea sanitaro-antiepidemică a fost dusă în mod curent de cei doi felceri igiеniști ai S.M.S., conduși direct de medicul director adjunct al policlinicii.

Ei au avut o activitate bogată în deplasări și sezisări asupra condițiilor igienico-sanitare, cu deosebire în exploatări. Menționăm doar problema parazitismului, în trecut deficitară, care în prezent este aproape complet lichidată.

Cei doi felceri igiеniști au lucrat fiecare pe un teritoriu de activitate bine determinat: unul pe valea Buzăului și în fabrica de cherestea, celălalt pe văile Bîscelor.

În activitatea lor notăm ca o lipsă legătura insuficientă cu medicii circumscripțiilor pe al căror teritoriu activau, ceea ce ne face să întrevedem posibilitatea de a îngloba acești felceri în schema circumscripțiilor Siriu și Gura-Teghii.

În legătură cu activitatea sanitaro-antiepidemică amintim sprijinul sanepidului raional, materializat prin îndrumări și prin trimiteri de echipe permanente de deparazitare, recoltări de probe de laborator etc.

D. *Legătura S.M.S. Nehoiu cu conducerea administrativă a întreprinderilor forestiere*

În orice unitate medico-sanitară de întreprindere, legătura dintre aceasta și conducerea administrativă a întreprinderii trebuie să constituie una dintre metodele de îmbunătățire a activității, atît a unității medicale în sine, dar mai ales să ducă la îmbunătățirea condițiilor de muncă și de trai ale angajaților acestei întreprinderi.

S.M.S. Nehoiu a avut legături strînse cu cele două întreprinderi forestiere pe care le deservește, în special în două categorii de probleme:

1. probleme administrativo-gospodărești ale S.M.S. Nehoiu;
2. probleme de îmbunătățire a condițiilor de muncă și de trai și de mobilizare a muncitorilor în acțiuni sanitare.

În prima categorie de probleme, întreprinderile au dat un sprijin serios S.M.S. Nehoiu. Menționăm: amenajarea localului pentru staționar și ambulator în satul Varlam din circumscripția Gura-Teghii, construirea

noului local al circumscripţiei Siriu, reparaţii interioare în staţionarul Nehoiu, îmbunătăţirea alimentării cu curent electric in policlinică, dotarea S.M.S. cu autodrezină sanitară şi cu vagonete sanitare etc. De asemenea, plata salariilor personalului administrativo-gospodăresc.

Aceste realizări s-au pus în practică, însă, extrem de încet, datorită şi unor greutăţi în planul de investiţii, dar mai ales inerţiei care mai există în unele servicii ale întreprinderilor.

Nu s-a realizat încă amenajarea policlinicii, în special crearea unui nou cabinet, a biroului pentru fişier, a unei noi intrări în policlinică şi a înfrumuseţării sălii de aşteptare. De asemenea, mai sînt lipsuri în alimentarea cu curent electric a sălii de operaţii şi a aparatului Röntgen. Nu toate punctele de sănătate cu cadre medii din exploatări au condiţii de lucru satisfăcătoare.

In a doua categorie de probleme, întreprinderea I.F.E.T. a întreprins măsuri serioase în ceea ce priveşte în special cazarea muncitorilor din pădure. Au fost construite cabane tip confortabile, astfel că astăzi pe teritoriul I.F.E.T. Nehoiu nu se mai utilizează vechile cabane maramureşene, moştenire a exploatării burghezo-moşiereşti. S-au îmbunătăţit condiţiile de transport ale muncitorilor, construindu-se vagoane-clasă, s-au ameliorat condiţiile de lucru ale frînarilor de vagoane C.F.R., amenajîndu-se acoperişuri la platformele pe care lucrează, s-au întărit măsurile de securitate a călătoriei trenurilor pe linia îngustă, s-au adus îmbunătăţiri trucurilor (vagoane pentru buşteni) pentru a uşura descărcarea lor şi a înlătura pericolul de accidente din timpul descărcării buştenilor. Trusele sanitare, aprovizionate de întreprindere, sînt în general mai bine întreţinute ca în trecut.

In comuna Nehoiu s-a construit o baie pentru muncitori, s-au făcut noi construcţii de locuinţe pentru muncitori, creîndu-se o nouă colonie muncitorească.

Desigur că aceste realizări — precum şi altele asupra cărora nu mai insistăm — au fost făcute şi la sezisarea organelor S.M.S., mult mai legate astăzi de teren decît în trecut.

Legătura dintre S.M.S. şi întreprinderi s-a făcut, fie operativ, cînd nevoile o cereau, fie în cadrul şedinţelor comune de studiu al morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, de protecţia muncii, de întocmire şi de urmărire a planului unic complex.

Concluzii

Din cele relatate, ţinînd seama de vechea organizare sanitară, de propunerile Institutului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei şi de punerea în practică a acestora, reies următoarele concluzii:

1. Noua organizare teritorială a S.M.S. Nehoiu a creat condiţiile unei creşteri a accesibilităţii la asistenţă medicală, în special pentru muncitorii forestieri.

Preocuparea pentru asistenţa medico-sanitară a muncitorilor s-a îmbunătăţit, fapt care se oglindeşte în indicii de deservire a muncitorilor, care au crescut faţă de anii anteriori.

Deservirea preferenţială a salariaţilor întreprinderilor forestiere nu a împiedicat şi o bună deservire cu asistenţă medicală a populaţiei din comunele învecinate din bazinul forestier. Aceasta înseamnă că principiul

deservirii mixte este just şi îşi poate găsi aplicabilitatea şi în alte întreprinderi forestiere din ţară, în care există condiţii asemănătoare.

2. Funcţionalitatea cadrelor şi instituţiilor medico-sanitare ale S.M.S. Nehoiu a arătat că principiul subordonării tuturor acestor cadre şi instituţii unui singur for conducător este aplicabil şi, nu numai că nu dăunează, dar permite o coordonare a tuturor problemelor medico-sanitare pe un vast teritoriu.

S.M.S. Nehoiu a devenit organizatorul problemelor medico-sanitare pe tot teritoriul său şi în acelaşi timp un puternic for metodologico-organizatoric pentru toate cadrele şi unităţile în subordine.

3. Întreprinderile forestiere I.F.E.T. şi U.I.L. Nehoiu au fost antrenate în problemele de ocrotire a sănătăţii muncitorilor lor, dînd un serios sprijin material, atît S.M.S. Nehoiu, cît şi pentru îmbunătăţirea condiţiilor de muncă şi de trai ale muncitorilor. S-a constatat însă existenţa unei oarecare încetineli în rezolvarea problemelor administrativo-gospodăreşti ale serviciului medico-sanitar.

În problemele de organizare a ocrotirii sănătăţii, desigur că analizarea activităţii unei instituţii medico-sanitare nou-înfiinţată pe o perioadă de un an nu poate ajunge totdeauna la rezultate concludente şi definitive. În cazul S.M.S. Nehoiu este deci necesar să se continue experimentarea acestei forme organizatorice, urmărind îndeplinirea totală a propunerilor noastre şi chiar dezvoltarea lor.

Articol intrat în redacţie în februarie 1956.

Aprecieri asupra organizării şi folosirii activului sanitar de masă în lumina unor acţiuni sanitare în Capitală

Dr. **V. Bratu**, dr. **D. Abulius**

Unul dintre principiile de bază ale ocrotirii socialiste a sănătăţii este participarea activă a maselor la promovarea propriei lor sănătăţi.

Aceasta se realizează în primul rînd, prin activul sanitar de masă.

Activul sanitar de masă din Capitală este o puternică formaţiune care activează în cele mai numeroase sectoare ale ocrotirii sănătăţii publice. El constituie antene ale organelor sanitare în întreprinderi, instituţii, cartiere şi şcoli. Activiştii sanitari din Capitală sînt cetăţeni care doresc să-şi însuşească noţiunile necesare prin cursuri sanitare de masă şi care aplică la locul de muncă sau de trai cunoştinţele însuşite.

Pentru organele sanitare din Capitală s-a pus problema — începînd în special din 1950 — de a pregăti diferite forme de activ sanitar în colaborare cu Crucea Roşie, sindicatele, organizaţiile de femei şi alte organizaţii de masă şi cultural-educative. De pildă :

1. Activul sanitar al Crucii Roşii, alcătuit din mai multe formaţiuni sanitare de masă, şi anume :

a) grupele sanitare, formaţiuni mobile avînd atribuţii de acordare a primului-ajutor, lupta antiepidemică, propagandă sanitară şi apărare sanitară ;

b) posturile sanitare, formaţiuni fixe la locul de muncă (fabrici şi uzine), deservite de absolvenţi ai cursurilor G.P.A.S., avînd în primul rînd sarcini de acordare a primului ajutor;

c) activişti specializaţi în combaterea tuberculozei, activînd pe lîngă reţeaua de specialitate.

2. Comisiile permanente de sănătate de pe lîngă sfaturile populare regionale şi raionale.

3. Comitetele obşteşti de sprijin şi colaborare de pe lîngă spitale, organizate ca urmare a hotărîrii C.C.S. şi a Ministerului Sănătăţii. Aceste comitete sînt formate din reprezentanţi ai întreprinderilor din raza spitalului (responsabilii comisiilor de asigurări sociale, delegaţii conducerii administrative etc.), medicii şefi ai reţelelor, delegaţi ai organizaţiilor de masă din teritoriu. Atribuţiile principale ale acestora sînt: patronajul instituţiei spitaliceşti de către întreprinderile reprezentate, îmbunătăţirea funcţionalităţii spitalului, sprijinirea acţiunilor medico-sanitare în cartiere şi întreprinderi.

4. Inspectorii sanitari obşteşti, organe de masă ale Inspecţiei sanitare de stat, activînd în probleme de igienă generală, alimentară, a muncii etc., în cartiere şi întreprinderi, conform deciziei nr. 12/1951 a Ministerului Sănătăţii.

5. Inspectorii obşteşti de protecţia muncii, organe de control la locul de muncă, legate de birourile tehnice de protecţia muncii, care veghează la aplicarea măsurilor de igiena muncii şi tehnica securităţii muncii.

Analizînd în Capitală formele descrise mai sus şi aplicarea lor la condiţiile specifice oraşului, reies următoarele:

Cel mai larg şi cel mai eficient activ sanitar de masă este activul Crucii Roşii, format din echipieri sanitari şi absolvenţi ai cursurilor G.P.A.S.

Funcţiile îndeplinite de activul sanitar al Crucii Roşii sînt felurite şi numeroase şi în mare măsură specifice locului unde acesta activează.

Astfel, de pildă activiştii sanitari din circumscripţiile teritoriale (echipieri şi absolvenţi ai cursurilor G.P.A.S.) lucrează în probleme de salubrizare a străzilor şi cartierelor, duc o propagandă sanitară în vederea prevenirii şi combaterii bolilor transmisibile, fac supravegherea respectării indicaţiilor igienice la bolnavii contagioşi izolaţi la domiciliu etc., realizînd prin aceasta funcţiile inspectorilor sanitari obşteşti. Prin ataşarea acestor activişti din cartiere la unitatea care i-a pregătit, ei îndeplinesc şi o parte din funcţiile prevăzute pentru comitetele de sprijin şi colaborare ale spitalelor unificate.

O altă parte preferă să activeze în special în policlinici şi spitale, dînd ajutor medicilor şi surorilor la consultaţii, ordine şi informaţii în policlinică, legătura între bolnavi şi vizitatori în afara zilelor de vizită etc., realizînd o altă funcţie a comitetelor de sprijin şi colaborare.

La nivelul locului de muncă, în fabrici şi uzine, activiştii sanitari din Capitală realizează sarcinile formaţiunilor de Cruce Roşie, constînd în acordarea primului ajutor în caz de accident (la posturile sanitare), supravegherea respectării măsurilor de igienă etc., precum şi o parte din funcţiile inspectorilor obşteşti de protecţia muncii.

În sfîrşit, pe linia sprijinirii reţelei antiepidemice există un activ sanitar specializat, iar în combaterea bolilor epidemice se organizează — la nevoie — comisii antiepidemice la care participă activişti ce lucrează în problemele sanitaro-antiepidemice.

Din experienţa cîştigată în Capitală reiese că există de fapt un activ sanitar unic care îndeplineşte însă funcţiile prevăzute la diferitele forme de activ sanitar preconizat de Ministerul Sănătăţii în colaborare cu alte departamente sau organizaţii.

Faptul că organele sanitare din Capitală s-au îndreptat în primul rînd spre activul sanitar al Crucii Roşii se explică prin existenţa unui bogat material metodologic şi didactic (programe analitice pentru lectori, cinci tipuri de manuale pentru elevi, planşe tipărite, materiale demonstrative diverse etc.) elaborat de organele de conducere ale Crucii Roşii, care creează condiţii favorabile pentru desfăşurarea pe plan larg a procesului de învăţămînt.

Nu acelaşi lucru se poate afirma despre celelalte tipuri de activ sanitar (inspectorii sanitari obşteşti, inspectorii obşteşti de protecţia muncii etc.), unde lipsesc îndrumările metodologice şi materialul didactic, ceea ce împiedică, în realitate, trecerea de la enunţare la realizarea practică.

Existenţa activului unic prezintă deopotrivă avantaje şi lipsuri, şi anume :

Simplitatea legăturilor funcţionale ale medicului de circumscripţie cu activul sanitar unic ar fi principala parte pozitivă. Într-adevăr, faţă de multiplele sarcini ce-i revin, medicul de circumscripţie nu ar putea asigura pregătirea şi îndrumarea a multiple feluri de activişti.

Totuşi, activul sanitar unic, dată fiind pregătirea sa nediferenţiată în această etapă, nu asigură în întregime sarcinile speciale ridicate de diferitele probleme ale ocrotirii sănătăţii publice (problemele inspecţiei sanitare, ale protecţiei muncii etc.).

Pe baza studiului efectuat în diferite locuri de muncă sau circumscripţii teritoriale, reiese că soluţia indicată pentru etapa actuală ar fi folosirea numărului mare de absolvenţi ai cursurilor G.P.A.S. pe baza unor instrucţiuni suplimentare, de pildă în problemele inspecţiei sanitare sau ale protecţiei muncii. Astfel, s-ar rezolva folosirea permanentă a numărului mare de absolvenţi ai cursurilor G.P.A.S. şi totodată diferenţierea activului pe probleme.

De exemplu, în circumscripţia sanitară nr. 116 din raionul Gh. Gheorghiu-Dej, personalul medical din reţeaua de adulţi a pregătit, numai în perioada 1954—1955, următorii activişti sanitari :

Cursuri	Intreprinderi fără medic		Cartiere	
	nr. curs.	nr. absolv.	nr. curs.	nr. absolv.
echipieri	—	—	1	57
G. P. A. S. . .	8	262	3	132

Numărul mare al absolvenţilor de cursuri G.P.A.S., precum şi o parte a absolvenţilor cursului de echipieri sanitari (dintre aceştia, numai 18 au intrat în componenţa grupei sanitare) constituie activul sanitar de masă al medicului de circumscripţie. Ei rezolvă, sub îndrumarea medi-

culuí pe lîngă care sînt atașați, numeroase probleme sanitare ale locului de muncă sau de trai.

Condițiile create însă de acest număr de activiști permit și o diferențiere treptată a activului pe unele probleme indicate mai sus, sub conducerea rețelei de adulți, precum și atașarea unui număr dintre acești activiști pe lîngă alte rețele medicale, ca pediatria, oncologia etc.

După această trecere în revistă a principalelor forme de activ sanitar existente în Capitală, să analizăm unele aspecte privind etapele muncii cu activul sanitar de masă.

Recrutarea rațională constituie una dintre principalele probleme de care depinde în mare măsură munca practică și eficiența activității. Organele sanitare din Capitală, prin Casa de educație sanitară, în colaborare cu organele conducătoare ale Crucii Roșii, au studiat și îndrumat recrutarea proporțională pe sectoare a activului sanitar. Punctul de vedere central în această privință a fost defalcarea planului de cursuri pe etape, numai cu scopul de a se asigura numărul de absolvenți necesari unui anume sector. Astfel, s-a considerat rațională recrutarea care asigură cu absolvenți toate schimburile, secțiile și atelierele unei întreprinderi sau toate străzile și grupurile mari de locuințe dintr-un cartier.

Acest punct de vedere verificîndu-se a fi just, s-a putut generaliza ușor. Iată, de pildă, evoluția repartiției pe sectoare a absolvenților cursurilor sanitare de masă în raionul Tudor Vladimirescu:

Cursuri G. P. A. S.

Sectorul	1953 %	1955 %
Cartiere	3	20,2
Intreprinderi	35	55,6
Instituții	62	24,2

Din acest tabel reiese interesul depus pentru creșterea asigurării cu absolvenți, în primul rînd a întreprinderilor productive, dînd în același timp atenție deosebită cartierelor care pînă la începutul anului 1954 erau practic complet descoperite. Creșterea activului în cartiere s-a impus ca o necesitate ridicată de problemele igienico-sanitare deosebit de complexe la acest nivel. Dezvoltarea proporțională a activului sanitar în întreprinderi și cartiere s-a făcut în dauna celei din instituții.

Acest fapt se relevă și din următoarele date asupra repartiției pe sectoare, ca urmare a unei juste recrutări a absolvenților cursurilor sanitare din raionul Gh. Gheorghiu-Dej (anul 1955).

Întreprinderi 40%
Cartiere și cămine 36%
Instituții 24%

Activul sanitar existent în Capitală se pregătește prin diferite cursuri sanitare de masă, în special ale Crucii Roșii. Astfel, cursurile de bază pentru pregătirea teoretică și practică a activului sanitar sînt:

— cursurile de echipieri sanitari,
— cursul „Gata pentru apărarea sanitară",
— cursul „Fii gata pentru apărarea sanitară",
— cursul elementar sanitar,
— cursul de inițiere în lupta antituberculoasă.

Cursul F.G.P.A.S. și elementar sanitar pregătesc elevii școlilor elementare.

Celelalte cursuri se referă la populația adultă din întreprinderi, instituții și cartiere.

Analizînd conținutul programelor analitice ale acestor cursuri și manualele tipărite în acest scop reiese că problema de bază tratată este primul ajutor, cu noțiunile respective de anatomie și fiziologie și, într-o măsură mult mai mică, noțiuni generale de igienă, epidemiologie și organizarea luptei împotriva unor boli cu largă răspîndire.

Programa prevede o proporționare corespunzătoare a învățămîntului practic față de cel teoretic.

Cursurile sînt predate de cadrele medicale în mod voluntar. Pregătirea metodologică a lectorilor se face de către Casa de educație sanitară și medicii de educație sanitară din sanepiduri. Practic, lectorii cursurilor menționate sînt medicii de circumscripții și de întreprinderi aparținînd spitalelor de adulți.

Noțiunile primite la cursuri prilejuiesc o pregătire generală și elementară viitorilor activiști sanitari. Se adaugă și faptul că pentru munca în diferitele sectoare descrise mai sus, noțiunile de prim-ajutor, care au constituit baza pregătirii, nici nu sînt necesare.

De aceea în Capitală s-a trecut, în mod firesc, la reinstruirea pe probleme strîns legate de acțiunile în care este antrenat activul (vaccinări T.A.B., salubrizarea, lupta antiepidemică în focar, combaterea parazitismului etc.). În majoritatea cazurilor, reinstruirea se face de medicul pe lîngă care sînt atașați respectivii activiști.

Etapele descrise au drept scop să formeze cadre pregătite de activiști sanitari, care să reprezinte într-adevăr un ajutor real al instituțiilor medicale, care să participe la rezolvarea anumitor probleme.

Antrenarea activului în aceste acțiuni este în funcție de cîțiva factori :

Din studiile făcute în Capitală reiese că activul sanitar, îndeplinind numeroasele funcții descrise mai sus, este antrenat în întreprinderi, cartiere, instituții.

Astfel, în întreprinderi, activitatea de bază este acordarea primului ajutor la posturile sanitare. Drept urmare a acestei activități se constată o scădere în multe întreprinderi a indicelui de frecvență la afecțiuni supurate ale pielii. În mai mică măsură se folosește activul la acest nivel în problemele de protecția muncii, pe linia educației sanitare în privința folosirii materialului de protecție și a respectării indicațiilor de securitatea muncii. Un aspect interesant al activității de acordarea primului ajutor în întreprinderi este constituit și de economia de timp în folosul producției, fapt care se traduce prin mărirea productivității muncii și prin reducerea prețului de cost. De pildă, în raionul Tudor Vladimirescu, la fabrica „Mátyás Rákosi", s-a economisit timpul corespunzător fabricării a două motoare R.M. 31, la întreprinderea „Flacăra Roșie" s-a economisit un timp egal cu cel necesar confecționării a 136 de perechi de pantofi, iar la textila „Elena Pavel" s-a economisit un timp egal cu cel necesar producerii a 960 de metri de pînză.

De asemenea, activul sanitar este antrenat în diferite acțiuni profilactice, ca vaccinarea T.A.B. În această privință se poate cita, printre altele, exemplul fabricii „Mătasea populară", unde acțiunea amenința să dea greș. Or, reinstruirea activului sanitar existent în această întreprindere și atragerea lui în sprijinirea acțiunii de vaccinare a contribuit la depășirea cu 19% a planului.

În perioada luptei împotriva poliomielitei, numeroși echipieri au sprijinit pe medicul de circumscripție prin supravegherea focarului (termometrizarea contracților, respectarea izolării și a normelor igienico-sanitare etc.).

De exemplu, activistele Mana Elena, Mihale Gheorghița și Mamodin, în calitate de responsabile de focar, au activat intens în respectivele focare din str. Pictor Grigorescu nr. 8, str. 9 Mai nr. 73 (comuna Chiajna) și str. Știrbei Vodă nr. 20.

Tot în cartiere, în unele raioane, activul sanitar a început a fi folosit pe probleme diferențiate. De pildă, pe teritoriul policlinicii Basarab, un număr de 26 de echipiere au mobilizat pentru control oncologic peste 2 000 de femei din cartierul C.A.M.

În instituții, activiștii sanitari sprijină de asemenea măsurile de profilaxie (vaccinări, control periodic medical, serologic și microradiografic etc.). În afara activității la locul de muncă, activiștii sanitari din numeroase instituții dau ajutor organelor medicale teritoriale. Astfel, de pildă, grupa sanitară de la Ministerul Industriei Metalurgice și al Construcției de Mașini din raionul I. V. Stalin a luat sub patronaj cartierul Băneasa, unde în unele duminici contribuie la îmbunătățirea condițiilor igienico-sanitare ale unor gospodării. De altfel, numeroase alte grupe sanitare din întreprinderi sau instituții „patronează" cartierul în care se află, sprijinind acțiunile grupelor din respectivele circumscripții teritoriale.

Totuși, față de marele număr de activiști pregătiți în Capitală, mai puțin de jumătate activează permanent și planificat. În genere, echipierii sanitari sînt aceia care au o activitate continuă. Ei mai atrag și o mică parte a absolvenților de cursuri G.P.A.S. care gravitează pe lîngă echipieri.

Studiul nostru constată că activitatea continuă a echipierilor se datorește faptului că grupa sanitară, ca formațiune organizată, este atașată prin dispoziția Ministerului Sănătății, la unitatea medicală în raza căreia activează, ceea ce nu se întîmplă deocamdată cu ceilalți activiști sanitari. Aceasta permite și trecerea de la o activitate sporadică pe campanii, la o muncă permanentă pe baza unui plan precis, axat pe toate sarcinile sanitare ale respectivului loc de muncă sau de trai.

Din cercetarea asupra situației activului sanitar de masă din Capitală, în etapa actuală, se desprind cîteva concluzii care pot sta la baza unor noi metode de muncă.

În primul rînd, activul sanitar, unic pînă la un punct, s-a impus ca cea mai puternică soluție. Diferențierea lui ulterioară, în strînsă legătură cu sarcinile ridicate la locul unde își desfășoară munca activiștii, este foarte necesară și contribuie la o mai largă antrenare a acestora.

Recrutarea rațională a activului după principiile expuse asigură atragerea acestuia la acțiuni. Recrutarea unor elemente dornice să sprijine măsurile de ocrotire a sănătății asigură și participarea regulată la cursuri.

Ataşarea întregului activ sanitar, pe bază de evidenţă, la unităţile sanitare, face ca antrenarea acestuia să se poată face după un plan şi nu numai pe unele acţiuni. Ataşarea activului sanitar este o măsură care nu atrage — de fapt — nici un fel de obligaţii din partea activiştilor voluntari.

Această măsură impune doar medicului o atitudine precisă faţă de foştii săi elevi la cursurile sanitare, pe care trebuie să-i ţină în evidenţă, să-i reinstruiască periodic şi să le trezească interesul pentru propria lor activitate socială în domeniul ocrotirii sănătăţii. Astfel, experienţa concludentă rezultată din ataşarea grupelor sanitare se poate generaliza prin ataşarea posturilor sanitare şi chiar a întregului activ sanitar care în această etapă nu este cuprins în cele două formaţiuni de mai sus.

Toate aceste măsuri pot contribui la micşorarea decalajului existent între numărul activiştilor existenţi şi al celor folosiţi în acţiunile organelor sanitare.

Articol intrat în redacţie în februarie 1956.

In legătură cu discuţia din U. R. S. S. asupra metodelor de studiu al morbidităţii generale

Dr. **Huszar Toma**
asistent la catedra de organizare sanitară, I.M.F. Bucureşti
(Şef de catedră: prof. T. Ilea)

În Uniunea Sovietică, problema morbidităţii generale este mult discutată în ultimul timp. Sistemele existente de evidenţă şi analiză a morbidităţii generale sînt complicate şi nu reuşesc să dea o imagine justă a realităţii. Cu toate îmbunătăţirile aduse în ultimii ani, nu s-a elaborat încă un cod satisfăcător pentru clasificarea bolilor la nivelul policlinicii.

Desigur că multiplele deficienţe existente azi în cercetarea morbidităţii generale se datoresc mai multor cauze. Asupra acestor cauze, cercetătorii nu sînt complet de acord şi ca urmare ei nu sînt de acord nici asupra metodelor de remediere a acestor lipsuri.

În U.R.S.S. discuţia publică asupra acestei probleme a ajuns la un stadiu înaintat, existînd deja publicate o serie de materiale.

Astfel, în cursul anului 1955, în cadrul sesiunii ştiinţifice a Institutului de organizare sanitară şi istoria medicinei „N. A. Semaşko" din Moscova şi în revistele *„Sovetskoe zdravoohranenie"* şi *„Ghighiena i sanitaria"* s-a desfăşurat o discuţie largă asupra metodelor de studiu al morbidităţii generale a populaţiei urbane.

Pentru a face mai uşor de înţeles bazele discuţiei, trebuie să arătăm în prealabil care a fost şi este sistemul de evidenţă a morbidităţii generale în U.R.S.S.

Pînă în 1948, morbiditatea generală se studia direct, pe baza datelor din fişele individuale de consultaţie. Deoarece acest sistem este foarte greoi, necesitînd despuirea fiecărei fişe în parte, în anul 1949 s-a introdus sistemul de evidenţă a morbidităţii pe baza centralizatoarelor. Astfel, medicul, după ce consulta şi stabilea diagnosticul unui bolnav, înscria cazul cu aşa-numitele „beţişoare" pe un tabel centralizator, la codul şi ziua respectivă. S-a constatat însă că acest sistem este dăunător, fiindcă „depersonalizează" morbiditatea şi nu dă posibilitatea de control.

Pentru a crea un sistem clar de evidenţă statistică, începînd din 1953 s-a introdus o altă metodă. În centralizatorul zilnic al activităţii medicului apar numai date cantitative, ca: numărul consultaţiilor, tratamentelor, vizite la domiciliu active sau pasive, consultaţii teritoriale şi extrateritoriale etc. Dar morbiditatea propriu-zisă se înregistrează în felul următor:

La pagina a 2-a a fişei individuale de consultaţii este tipărită „Foaia de diagnostice definitive (precizate)“ după modelul de mai jos:

Foaia de diagnostice (precizate)

Ziua, luna şi anul vizitei	Diagnosticul definitiv (precizat)	Diagnosticul pus prima dată (semnat +)	Semnătura medicului

Observaţie: Diagnosticul pus prima dată în viaţa bolnavului se înscrie fără „+“. Diagnosticul pus prima dată în anul respectiv se înscrie cu „+“.

În această foaie se înscriu numai diagnosticele definitive, precizîndu-se dacă boala este nouă — în sensul că bolnavul o face prima dată în viaţă — sau nouă în anul respectiv.

Această foaie serveşte medicului consultant în primul rînd pentru a vedea clar şi imediat (fără a răsfoi întreaga fişă) afecţiunile de care a suferit bolnavul de cînd vizitează ambulatorul.

Pentru prelucrarea statistică a morbidităţii generale se utilizează un alt formular, numit: „Talon pentru înregistrarea diagnosticelor precizate“ care are următorul model:

Acest talon serveşte şi ca „bon de ordine“ pentru consultaţie, de aceea prima parte a lui se completează de registratorul de la fişier. Partea a doua a „talonului“ se completează de către sora de cabinet după consultaţie, pe baza înscrierilor medicului, din „Foaia de diagnostice definitive“.

După aceasta „taloanele“ sînt trimise zilnic la serviciul de statistică al unităţii, unde sînt prelucrate conform normelor de raportare şi conform necesităţilor locale. În unele unităţi „taloanele“ sînt prelucrate chiar de personalul circumscripţiei.

Cu acest sistem se lucrează de 3 ani în toate unităţile medicale urbane din U.R.S.S.

Experienţa acestor 3 ani a arătat însă că pînă în momentul de faţă nici acest sistem nu este pe deplin mulţumitor.

Discuţiile duse au pus problema de principiu dacă studierea morbidităţii generale trebuie făcută pe baza înregistrărilor permanente generale sau pe baza de sondaje periodice.

În cadrul discuţiilor, autorii Merkov, Sadvokasova, Batkis şi alţii pun în discuţie însăşi problema utilităţii studierii morbidităţii generale pe baza înregistrării totale. Argumentele lor sînt următoarele:

1. Sistemul de studiere a morbidităţii generale nu dă rezultate concludente din următoarele cauze:

a) „taloanele“ nu se completează totdeauna (din neglijenţa personalului), ceea ce duce la o scădere a morbidităţii raportate;

Formă de evidenţă nr. 25-V.
aprobat de Min. Săn. U.R.S.S.

TALON
pentru înregistrarea diagnosticelor precizate

1. Nr. de ordine _____
2. Nr. cabinet _____
3. Se va prezenta data _____ ora _____ m _____
4. La medicul _____
5. Ajutor la domiciliu (activ, pasiv) _____
6. Numele şi pronumele _____
7. Adresa şi nr. atelierului _____
8. Bărbat, femeie _____ vîrsta _____
10. Muncitor adolescent _____
11. Locuieşte: pe teritoriul spitalului, afară de teritoriul spitalului, în mediul rural _____
12. Lucrează la întreprinderea anexată. Da, nu _____
13. Consultat de medicul de circ. al circ. proprii; de medicul de circ. de atelier propriu _____

Diagnostice precizate	Diagnostice puse prima dată (semnat +)	Cod conform raportului

Schimbări în diagnostice _____

b) „taloanele“ nu se completează uniform, din cauza insuficienţei calificării în problemele de statistică a unor medici şi surori de circumscripţie;

c) corpul de statisticieni existent la nivelul spitalelor nu este destul de calificat ca să poată prelucra acest material în mod unitar şi în întregime.

Din cauzele de mai sus, rezultatele prelucrării statistice a morbidităţii generale nu sînt reale.

2. Medicul de circumscripţie fiind şi aşa destul de aglomerat, nu prelucrează şi nu foloseşte sistematic datele din „taloane“.

3. Medicul de circumscripţie nici nu are nevoie de datele privind toate bolile. El trebuie să cunoască bolile epidemice, bolile cu extindere de masă şi bolile care trebuie dispensarizate.

4. Nici conducerea instituţiei (spitalului) nu are nevoie şi nu foloseşte aceste date privind toate bolile, fiindcă chiar numai din cunoaşterea

anumitor boli pot reieşi măsurile organizatorice (de exemplu, bolile epidemice, unde fiecare caz atrage măsuri urgente).

5. În anumite împrejurări se pot produce duble înregistrări pe evidenţe paralele, ca de exemplu, la bolile infecţioase (sanepid şi spital), la bolile cu incapacitate temporară de muncă, la bolnavii care se adresează cu aceeaşi boală la mai multe instituţii medicale etc., şi astfel morbiditatea teritorială înregistrată nu este valabilă.

6. Sistemul de evidenţă şi prelucrare a morbidităţii generale cere multe cadre, mult timp şi fonduri, faţă de care rezultatele obţinute nu folosesc aproape la nimic.

Faţă de cele de mai sus, autorii sus-citaţi propun următoarele:

1. Ei socotesc necesară evidenţa bolilor epidemice, a bolilor cu extindere în masă, a bolilor cu incapacitate temporară de muncă şi a bolilor care trebuie dispensarizate (cca. 8—10 boli), fiindcă din cunoaşterea morbidităţii pe aceste boli (şi chiar din fiecare caz aparte) se impun măsuri operative şi concrete. Celelalte boli nu trebuie înregistrate, prelucrate statistic, analizate şi raportate.

2. În ceea ce priveşte „foaia de diagnostice precizate", autorii consideră că aceasta este utilă fiindcă dă posibilitate medicului să aibă evidenţa bolilor precedente ale bolnavului. Aceasta este considerată ca un document medical.

3. Pentru a studia morbiditatea generală a populaţiei trebuie organizate periodic (la fiecare 3—5 ani), în diferite locuri, cercetări statistice de sondaj, în felul următor:

a) se aleg locuri pentru sondaj, care să fie tipice;

b) se formează brigăzi complexe din cadrele centrale, cu statisticieni de înaltă calificare;

c) se studiază morbiditatea din teritoriul respectiv sub toate aspectele, unitar şi în întregime;

d) acest studiu se face mult mai aprofundat, adică nu numai pe boli, ci şi pe faze de boală, localizare, formă clinică, gravitate etc., lucruri care reflectă şi mai real starea de morbiditate a populaţiei;

e) datele obţinute trebuie astfel redate, încît să poată fi folosite şi de alte instituţii, în localităţi cu caracter asemănător;

f) desigur că metodologia acestei cercetări complexe de sondaj trebuie bine alcătuită în prealabil.

★

Contra acestor argumente şi pentru apărarea sistemului existent de evidenţă şi prelucrare a morbidităţii generale s-au ridicat autorii: Bruşlinskaia, Damiadova, Mazur etc. şi în general persoanele cu munci de răspundere în domeniul statisticii sanitare. Argumentele lor sînt următoarele:

1. Evidenţa generală este o formă superioară evidenţei de sondaj. Aceasta din urmă este valoroasă pe fondul evidenţei generale. De aceea, trecerea de la evidenţa generală a morbidităţii la evidenţa prin sondaj ar însemna trecerea de la o formă superioară la una inferioară.

2. Pentru organele centrale de conducere este insuficient să cunoască numai datele generale rezultate din analiza pe bază de sondaj. Ele au nevoie de morbiditatea diferenţiată pe regiuni, raioane etc., pentru a îndrepta măsurile organizatorice în locurile cu o morbiditate mai ridicată.

3. Pentru conducerea instituției, la fel, este necesară cunoașterea morbidității generale pe teritoriul deservit, în primul rînd pentru organizarea muncii, avînd în vedere așa-zisa „patologie locală" și în al doilea rînd pentru compararea activității între diferite circumscripții, spitale etc.

4. Medicul de circumscripție are neapărat nevoie de datele privind morbiditatea generală pe circumscripție, fiindcă fără aceasta nu poate ști unde să-și îndrepte atenția și se dezinteresează de circumscripție în ansamblu. Aceasta îngustează cîmpul de activitate și preocupările medicului de circumscripție, care se limitează în mare parte la consultații și chemări la domiciliu.

5. Nu este justă poziția acelora care susțin că medicul de circumscripție nu are posibilități pentru o evidență și prelucrare bună a morbidității generale:

a) munca lui este aglomerată, nu din cauza evidenței și raportării, ci din cauza organizării greșite a graficului de lucru trifazic sau bifazic;

b) înregistrarea pe „talon" nu cere mult timp medicului, deoarece el înscrie bolile pe „foaia de diagnostice definitive", iar „talonul" este completat de soră. Fără acest „talon", prelucrarea ar trebui făcută pe baza fișelor de consultații, ceea ce este o muncă greoaie și dificilă;

c) prelucrarea și analiza morbidității din circumscripție, conform experienței acestor autori, ia numai 40 de ore pe an din timpul medicului, ceea ce se poate acorda pentru o problemă atît de importantă și pentru o muncă absolut necesară medicală, care nu poate fi lăsată numai pe seama statisticianului.

6. Limitarea evidenței la bolile mai importante contravine principiului profilactic, fiindcă nu dă posibilitate medicului să cunoască bolile mai ușoare și formele inițiale din care — dacă nu se iau măsuri — se pot dezvolta boli sau forme grave.

7. Eliminarea datelor de morbiditate generală din raportul unităților duce la o slăbire a atenției ce se dă scăderii morbidității (se știe că unei activități neraportate i se atribuie o importanță mai mică decît uneia raportate).

8. Propunerea privind sondajul în locul înregistrării generale nu se poate aplica și din următoarele motive statistice:

a) bolile care după părerea autorilor precedenți trebuie înregistrate (epidemice, cu extindere de masă, dispensarizate etc.) reprezintă 60—70% din toate cazurile de boală, adică marea majoritate a cazurilor, ceea ce înseamnă că practic nu are valoare prea mare renunțarea la înregistrarea celorlalte boli;

b) o înregistrare parțială este foarte greu de realizat corect din punct de vedere statistic;

c) un sondaj adevărat ar însemna, nu metoda propusă, ci prelucrarea datelor privind, de exemplu fiecare al zecelea caz sau al cincilea caz de boală și nicidecum o prelucrare izolată totală.

9. Este adevărat că în momentul de față există lipsuri în privința înregistrării, codificării, prelucrării și analizei morbidității generale. Acestea provin însă din lipsa de interes și conștiinciozitate suficientă a medicilor de circumscripție, din lipsa de îndrumare și control din partea conducerii unităților, din lipsa de calificare a multor statisticieni locali, din lipsa de instructaje clare din partea organelor centrale etc., adică din lipsurile inerente unui început și care pot fi remediate dacă toate aceste

organe depun eforturi pentru aceasta. Astfel, de exemplu, într-adevăr nomenclatura bolilor din raportul spitalelor, ca şi alte părţi, cer o îmbunătăţire, dar nu scoţîndu-se din acest raport partea privind morbiditatea generală.

Lichidarea lipsurilor de funcţionalitate, şi nu schimbarea de principiu este calea pentru rezolvarea problemei evidenţei morbidităţii generale a populaţiei.

10. Metoda analizei de sondaj propusă este totuşi bună, ca o completare a evidenţei generale a morbidităţii, şi cu calităţile ei speciale (prelucrare unitară, calificată, analiza aprofundată etc.) ea poate fi de un real folos în analiza complexă a morbidităţii generale a populaţiei din U.R.S.S.

★

În legătură cu această discuţie, punem problema justeţei cu care la noi, în unităţile urbane, sînt bine organizate evidenţa şi prelucrarea morbidităţii generale.

În momentul de faţă ea se face în modul următor :

1. Fiecare consultaţie se înscrie în fişa individuală de către medic. Dacă boala este caz nou în anul respectiv şi diagnosticul este definitiv, medicul codifică boala în fişă.

2. Registratorul statistic despoaie pe un centralizator zilnic morbiditatea pe baza diagnosticelor codificate.

3. Prelucrarea ulterioară şi raportarea morbidităţii se face pe baza centralizatoarelor.

Acest sistem este de fapt sistemul centralizatoarelor folosite în U.R.S.S. în perioada 1949—1952, numit sistemul „beţişoarelor", care a fost găsit defectuos la timpul său. În plus, la noi poate fi considerat şi mai deficitar, deoarece completarea centralizatorului o face registratorul şi nu medicul.

Acest sistem are următoarele lipsuri :

1. Deoarece, pentru a verifica dacă o boală diagnosticată este caz nou în anul respectiv, medicul este nevoit să răsfoiască şi să urmărească uneori mai multe pagini de fişe, se poate întîmpla uşor ca el să codifice a doua oară acelaşi caz.

2. Unii medici codifică şi diagnostice încă nedefinitive, ştiind că este nevoie de prelucrarea tuturor cazurilor de îmbolnăvire.

3. Medicul consultant poate uşor greşi în notarea codului şi din cauza aglomerării de consultaţii, cînd uneori trebuie să elibereze şi certificate medicale. (Este ştiut că, codificarea se face pe fiecare certificat, în timp ce ea nu trebuie făcută la fiecare caz înscris în fişe.)

4. Despuierea fişelor, care se face de către registrator, lipseşte pe medic de posibilitatea de a revedea înregistrările bolnavilor şi de a-şi corecta eventualele scăpări.

5. Centralizatorul zilnic, ca material statistic este „depersonalizat", adică el nu poate fi niciodată corelat cu alte condiţii, de exemplu cu profesia, vîrsta, domiciliul, locul de muncă, sexul etc., ci dă numai cifre absolute.

6. Practic, acest sistem de evidenţă şi prelucrare nu este controlabil, deoarece pentru aceasta ar fi nevoie să se trieze toate fişele din circumscripţia respectivă, ceea ce ar fi o muncă enormă.

7. Dacă medicul de circumscripţie nu ia parte la prelucrarea statistică a cazurilor de îmbolnăvire înseamnă că el analizează puţin interesat o serie de date neverificate de el.

Rezultatele practice ale acestor deficienţe sînt:

a) Medicul, utilizînd fişa de consultaţie fără „foaia de diagnostice definitive", pierde adeseori posibilitatea de a urmări în mod ştiinţific antecedente stabilite şi neînregistrate la policlinică.

b) Morbiditatea raportată nu exprimă just realitatea din cauza greşelilor menţionate.

c) Statistica morbidităţii generale a populaţiei circumscripţiei nu este urmărită de medic în toate etapele ei.

La ultima problemă ne oprim mai amănunţit.

În ultimul timp se duce o luptă pentru reducerea masivă a „scriptologiei" medicului de circumscripţie, în scopul de a-i crea timp suficient pentru muncă medicală pură. Această tendinţă este foarte justă. Trebuie însă precizat că evidenţa, prelucrarea şi analiza morbidităţii din circumscripţie nu constituie o activitate de „scriptologie" paramedicală, ci aparţine organic activităţii medicului, care este absolut necesară pentru ca el să cunoască în ansamblu problemele circumscripţiei.

În consecinţă, pentru îmbunătăţirea sistemului de evidenţă şi prelucrare a morbidităţii generale, propunem:

1. Să se organizeze o cercetare de sondaj în cîteva policlinici orăşeneşti, cu care ocazie să se prelucreze de la început toate fişele de consultaţie pe un an, iar rezultatele obţinute să fie comparate cu cele raportate de unităţi la timpul său. Această comparare va arăta în ce măsură morbiditatea raportată reflectă morbiditatea înregistrată.

2. Deoarece „foaia de diagnostice definitive" este experimentată şi recunoscută în unanimitate în U.R.S.S., propunem introducerea ei în fişa individuală de consultaţii, pentru ajutorul medicului în cunoaşterea tuturor bolilor al căror diagnostic a fost precizat şi ca o bază de evidenţă statistică a morbidităţii generale.

3. Codificarea bolilor să se facă numai în „foaia de diagnostice definitive".

4. Înscrierea bolilor în centralizatorul actual să se facă din „foaia de diagnostice definitive".

5. Să se experimenteze metoda „talonului de diagnostice definitive", care ar lichida „depersonalizarea" morbidităţii şi eventual ar uşura prelucrarea.

În acest cadru să se experimenteze şi posibilitatea ca prelucrarea şi analiza morbidităţii generale a circumscripţiei să fie făcută de medic.

6. Metoda analizei morbidităţii generale prin cercetare de sondaj complex, din toate documentele primare de înregistrare a morbidităţii din teritoriul respectiv, fiind o metodă utilă, recomandăm să fie experimentată.

Articol intrat în redacţie în februarie 1956.

BIBLIOGRAFIE

BATKIS G. A. — Sarcinile actuale ale statisticii morbidităţii generale. *Sovetskoe zdravoohranenie*, 1955, nr. 4, p. 31—39.

BRUŞLINSKAIA L. A. — Metoda de studiere a morbidităţii generale a populaţiei. *Caiet documentar de igienă şi organizare sanitară*, 1955, nr. 6, p. 35—41. Traducere din *Sovetskoe zdravoohranenie*, 1955, nr. 4.

DEICIMAN E. I. — În legătură cu problema stării actuale a evidenței morbidității generale a populației din U.R.S.S., *Ghighiena i sanitaria*, 1955, nr. 10, p. 49—50.
DERIABINA V. L., ALEKSANDROV O. A., BIRIUKOVA R. N. — Sesiunea științifică a Institutului de organizare sanitară și istoria medicinei „N. A. Semașko". *Sovetskoe zdravoohranenie*, 1955, nr. 3, p. 53—57.
DIAMIDOVA L. P. — Cu privire la studiul morbidității generale. *Caiet documentar de igienă și organizare sanitară*, 1955, nr. 6, p. 42. Traducere din *Sovetskoe zdravoohranenie*, 1955, nr. 4.
GAVRILOV N. I. — Cîteva observații în legătură cu articolul prof. A. M. Merkov. *Ghighiena i sanitaria*, 1955, nr. 10, p. 50—52.
GOLOJINSKI G. S. — Discuții teoretice rupte de practică, *Sovetskoe zdravoohranenie*, 1955, nr. 5, p. 37—38.
GOVOR N. O. — Încă o dată despre metode de studiere a morbidității generale a populației. *Ghighiena i sanitaria*, 1955, nr. 10, p. 52—53.
IVANOV V. A. — Privire de ansamblu asupra răspunsurilor la articolul lui A. M. Merkov „Metode de studiere a morbidității generale". *Ghighiena i sanitaria*, 1955, nr. 11, p. 48—51.
KARCIAVA A. I. — Problemele organizatorico-metodologice ale studierii morbidității generale a populației. *Sovetskoe zdravoohranenie*, 1955, nr. 5, p. 32—37.
MAZUR M. M. — Despre o încercare de a lichida studierea morbidității generale. *Ghighiena i sanitaria*, 1955, nr. 9, p. 42—47.
MERKOV A. M. — Metode de studiere a morbidității generale. Analele Romîno-Sovietice. *Igienă și organizare sanitară*, 1955, nr. 4, p. 101—106. Traducere din *Ghighiena i sanitaria*, 1955, nr. 3.
PTUCHA M. V. și KAGAN S. S. — Despre problema evidenței totale a morbidității în sistemul Ministerului Sănătății al U.R.S.S. *Sovetskoe zdravoohranenie*, 1955, nr. 5, p. 27—32.
SADVOKASOVA E. A. — Sarcini nerezolvate în statistica sanitară. *Caiet documentar de igienă și organizare sanitară*, 1955, nr. 4, p. 79—83. Traducere din *Sovetskoe zdravoohranenie*, 1955, nr. 2.

Despre importanța fișei individuale în analiza morbidității din instituțiile de copii

Dr. **M. Sulică**

Lucrare efectuată la Institutul de igienă al R.P.R., filiala Cluj, Secția de igienă școlară

Indicatorul de bază al activității curativo-profilactice și igienico-sanitare adresată populației de copii îl constituie starea de sănătate a acestora. Starea de sănătate a copiilor dintr-o colectivitate sau de pe un teritoriu se caracterizează prin două elemente principale: morbiditatea și dezvoltarea fizică. Acest lucru este dovedit cu prisosință de teoria și practica ocrotirii sănătății publice sovietice, așa cum ne arată Batkis, Moreinis, Soltiski, Korsunskaia și alții.

Ca unul dintre elementele care definesc starea de sănătate a populației de copii, morbiditatea constituie astfel un important indicator al condițiilor de mediu și de viață ale copiilor, al problemelor curativo-profilactice și igienico-sanitare care se pun în legătură cu ocrotirea sănătății copiilor și al eficienței măsurilor medico-sanitare luate pentru rezolvarea acestor probleme. Din acest motiv este absolut necesară o analiză corectă și sistematică a morbidității unei anumite populații de copii.

Pentru ca morbiditatea să poată servi ca indicator în activitatea medico-sanitară este necesar:

a) să existe o cunoaştere şi o înregistrare exactă a cazurilor de boală;

b) să se prelucreze statistic cazurile de boală, cu stabilirea unor indici de morbiditate;

c) să se interpreteze just aceşti indici de morbiditate;

d) să se valorifice practic aceşti indici în activitatea medico-sanitară.

Se înţelege că posibilitatea şi valoarea efectuării ultimelor trei etape este condiţionată de modul cum îmbolnăvirile apărute în populaţia de copii sînt depistate şi înregistrate. O cunoaştere şi înregistrare incompletă sau greşită a îmbolnăvirilor produse într-o populaţie de copii zădărniceşte sau falsifică toate celelalte etape ale utilizării morbidităţii ca indicator în activitatea medico-sanitară.

Desigur că cele spuse mai sus sînt valabile, în primul rînd, pentru teritorii (oraş, raion, circumscripţie). Trebuie însă menţionat interesul deosebit pe care-l prezintă cercetarea morbidităţii în diferite instituţii de copii, atît pentru munca curativo-profilactică, cît mai ales pentru activitatea igienico-sanitară din aceste instituţii. Într-adevăr, în raport cu particularităţile colectivităţii de copii şi ale condiţiilor de mediu, diferitele instituţii de copii pot avea o morbiditate diferită, care, pe de o parte, indică conţinutul concret al activităţii curativo-profilactice din această instituţie, şi pe de altă parte — ca expresie a condiţiilor de mediu date — scot în evidenţă problemele igienico-sanitare care trebuie rezolvate.

Pentru motivele arătate mai sus, Secţia de igienă şcolară a filialei Cluj a Institutului de igienă a R.P.R. s-a preocupat de mulţi ani de problema analizei morbidităţii din instituţiile de copii, urmărind desfăşurarea acesteia în diferite instituţii şi străduindu-se să vină în ajutorul medicilor instituţiilor de copii şi al igieniştilor şcolari în această direcţie.

În sensul celor spuse mai sus, prima problemă care se cerea rezolvată era asigurarea unei cunoaşteri şi înregistrări corecte a îmbolnăvirilor, care să facă posibilă o prelucrare statistică şi o analiză justă a morbidităţii.

Prin anii 1949—1950, pentru urmărirea stării de sănătate a copiilor din instituţii, nu exista o directivă oficială unică şi precisă şi aproape fiecare medic şcolar rezolva această problemă după vederile şi posibilităţile sale. Caracteristica comună a înregistrării stării de sănătate a copiilor o constituia totuşi separaţia care exista între evidenţa examinărilor periodice — care se făcea în diverse fişe, registre-fişiere, caiete etc. — şi înregistrarea consultaţiilor curente, care se făcea în registrul de consultaţii.

Acest sistem avea, între altele, două mari neajunsuri: pe de o parte făcea imposibilă o viziune unitară şi dinamică a stării de sănătate a fiecărui copil, dat fiind că constatările făcute asupra aceluiaşi copil erau dispersate între fişierul examinărilor periodice şi registrul de consultaţii, iar în cuprinsul acestuia de la o consultaţie la alta, şi pe de altă parte, înregistrarea izolată a fiecărei consultaţii îngreuna diferenţierea îmbolnăvirilor noi de înregistrarea repetată a aceleiaşi boli şi furniza cifre greşite în cazul prelucrării statistice a morbidităţii. Aceste considerente subliniau de pe atunci necesitatea unui document individual unic.

Importanţa fişei medicale individuale este în general recunoscută şi a fost confirmată şi prin introducerea ei la policlinicile de copii, unde serveşte ca document de urmărire individuală şi ca bază pentru prelucra-

rea statistică a morbidității. Policlinica fiind o instituție teritorială, fișierul ei poate servi însă numai pentru cercetarea morbidității teritoriale. Avînd însă în vedere faptul că în instituțiile de copii, care cuprind o populație din ce în ce mai mare, se acordă o parte importantă a asistenței medicale și că diferitele instituții de copii prezintă particularități în ceea ce privește atît colectivitatea de copii, cît și condițiile de mediu, este necesar ca medicul instituției de copii să poată urmări în condiții cît mai bune starea de sănătate a fiecărui copil și să stabilească indicii de morbiditate ai instituției sale. În această privință însă, fișierul policlinicii nu poate satisface necesitățile legate de munca medico-sanitară din instituție.

În primul rînd, acest fișier nu se află la îndemîna medicului de instituție și deci, practic, nu poate constitui un ajutor în munca medico-sanitară de fiecare zi din instituție.

În al doilea rînd, nu toți copii dintr-o instituție au fișă la policlinică, ci numai aceia care dintr-un motiv sau altul au consultat policlinica. În plus, o situație specială o au elevii din internatele școlare, proveniți din alte localități, cărora — pe motivul extrateritorialității — nu li se făcea fișă la policlinică, chiar dacă sînt consultați acolo.

În sfîrșit, datele cuprinse în fișa de policlinică sînt în general incomplete, referindu-se de cele mai multe ori la boli mai serioase, pentru care copilul a trebuit să fie consultat la policlinică, vizitat la domiciliu sau internat în staționar, sau la afecțiuni care au necesitat ajutorul cabinetelor de specialitate. În schimb, o serie de afecțiuni mai ușoare, al căror diagnostic și tratament se rezolvă în instituție, precum și o serie de devieri care eventual nu necesită tratament, dar care au semnificație pentru aprecierea stării de sănătate a copilului, nu ajung la cunoștința policlinicii, ci sînt depistate și eventual consemnate doar în instituție. O confirmare a acestei presupuneri ne-au dat-o unele sondaje făcute de noi, în care am confruntat, pentru aceiași copii, fișele de policlinică cu fișele de instituție aplicate de noi în scop experimental.

Astfel, caracteristicile amintite ale fișierului central al policlinicii de copii, precum și neajunsurile amintite ale evidenței morbidității din instituțiile de copii, scot în evidență necesitatea și utilitatea fișei individuale a copiilor din instituții.

Fișa medicală a copilului din instituție trebuie să îndeplinească un dublu scop:

a) să permită înregistrarea și urmărirea dinamică a stării de sănătate a fiecărui copil în parte;

b) să constituie o bază valabilă pentru prelucrarea statistică a morbidității pe instituție și pentru raportarea către forurile superioare.

Pentru ca primul scop să fie realizat este necesar ca toate datele referitoare la dezvoltarea copilului și la diferitele tulburări ale sănătății sale, indiferent cînd și unde au fost obținute, să fie consemnate într-un document individual unic al copilului, pentru a permite oricînd aprecierea dinamică a stării de sănătate a copilului, atît în ce privește evoluția fiecărei boli în parte, cît și succesiunea diferitelor îmbolnăviri.

Pentru ca fișa individuală să poată constitui o bază corectă pentru prelucrarea statistică a morbidității, înregistrarea îmbolnăvirilor în fișă trebuie să fie astfel făcută, încît să fie ferite de omisiuni sau repetări.

Toate aceste considerente ne-au făcut ca încă din 1951, într-o lucrare făcută împreună cu A. Antal și I. Decanovici și înaintată Ministerului

Sănătății, să insistăm asupra importanței fișei individuale a copiilor din instituții și să propunem o asemenea fișă individuală a copiilor din instituțiile preșcolare și școlare. Fișa elaborată atunci pe baza unei fișe sovietice cuprindea în primul rînd rubricile obișnuite pentru datele personale ale copilului și rezultatele examinărilor periodice, clinice, somatometrice și de laborator, și prin acestea urma să înlocuiască registrele de examinări periodice. Fișa nu avea spațiu rezervat pentru examinările curente, care rămîneau să fie înregistrate tot în registrele de consultații, la care medicii instituțiilor de copii nu voiau să renunțe. In schimb, fișa conținea ca un element nou un tabel recapitulativ în care urmau să se înregistreze cronologic toate îmbolnăvirile constatate la copilul respectiv, deci atît îmbolnăvirile descoperite la examinările periodice și consemnate în corpul fișei, cît și îmbolnăvirile depistate la consultațiile curente sau în campaniile speciale, chiar dacă continuau să fie înscrise în registrul de consultații. Acest tabel recapitulativ al îmbolnăvirilor trebuia să joace rol de fișă statistică, menită să servească ca document primar pentru raportarea sau prelucrarea statistică a morbidității.

Această primă variantă a fișei individuale nu rezolva decît parțial neajunsurile amintite ale evidenței morbidității. Ea înlocuia registrele de examinări periodice și încerca să concentreze în tabelul recapitulativ toate îmbolnăvirile suferite de copil, dar continuarea utilizării registrelor de consultații pentru examinările curente făcea ca fișa să rămînă doar un document de utilizare periodică (examinări periodice, raportare) și mai ales favoriza și mai departe greșelile de despuiere, prin faptul că adeseori consultațiile repetate pentru aceeași boală erau trecute ca îmbolnăviri diferite. Aceste neajunsuri au rezultat clar în cursul aplicării experimentale a fișei în cîteva instituții de copii și au determinat elaborarea unui nou model de fișă, care să cuprindă și o parte destinată consultațiilor și tratamentelor curente, făcînd inutile registrele de consultații și realizînd un document medical unic pentru fiecare copil și în același timp o bază valabilă pentru prelucrarea statistică a morbidității din instituții.

Astfel, noua ediție a fișei individuale a copilului din instituție cuprinde următoarele părți :

I. Datele personale ale copilului și datele economico-sociale ale familiei.

II. Tabelul recapitulativ al îmbolnăvirilor, la începutul căruia, în momentul luării în evidență a copilului, se înscriu și antecedentele personale.

III. Rubrica examinărilor periodice somatometrice și clinice, pe aparate și sisteme, prevăzută pentru 2—4 ani.

IV. Tabelul cronologic al vaccinărilor și reacțiilor imunobiologice.

V. Spațiu rezervat examinărilor clinice, de laborator și tratamentelor curente, care la rubrica diagnosticului este subdivizată pentru diagnosticul medicului de instituție și diagnosticul definitiv în afara instituției.

Modul de utilizare a fișei individuale este următorul. In momentul luării copilului în evidență se completează datele personale și economico-sociale și antecedentele eredo-colaterale în spațiile respective și se înscriu antecedentele patologice personale în primele rînduri ale tabelului recapitulativ al îmoblnăvirilor, cu indicarea aproximativă a datei și respectarea ordinei cronologice. Ulterior, datele examinărilor periodice se trec în rubrica respectivă, iar constatările și indicațiile terapeutice făcute cu ocazia consultațiilor curente se notează în rubrica rezervată acestor exami-

nări. Elementul esențial în utilizarea acestei fișe îl constituie însă obligația ca orice boală sau deviație constatată, atît la examinările periodice, cît și la consultațiile curente, să fie trecută în tabelul recapitulativ, cu indicarea datei depistării. Se va avea grijă ca o anumită boală să nu apară în tabelul recapitulativ decît o singură dată, indiferent de numărul examinărilor sau consultațiilor legate de ea ; acest lucru este perfect realizabil, deoarece în cuprinsul fișei unice, legătura, sau lipsa de legătură dintre diferitele consultații reiese cu toată claritatea. Astfel, tabelul recapitulativ al îmbolnăvirilor, introdus de noi încă în modelul de fișă din 1951, constituie un document de bază de absolută valabilitate pentru calculul statistic al morbidității și totodată reprezintă o istorie patologică foarte semnificativă pentru copilul respectiv.

Despuierea fișelor în vederea calculării indicilor de morbiditate este foarte simplă și ea poate fi făcută zilnic pentru instituțiile mari (de exemplu cu 500—600 de elevi) sau lunar pentru instituțiile mai mici. În cazul despuierii zilnice, la sfîrșitul examinărilor sau consultațiilor, înainte de reașezarea fișelor folosite în fișier, îmbolnăvirile constatate în ziua respectivă sînt consemnate într-un tabel totalizator, asemănător cu centralizatorul policlinicii de copii. În cazul despuierii lunare, la sfîrșitul lunii se trec prin mînă toate fișele, notîndu-se în centralizator toate îmbolnăvirile găsite în tabelul recapitulativ pentru luna respectivă. Menționăm însă că pentru o analiză mai precisă a morbidității, mai ales sub raportul legării ei de anumite condiții nefavorabile de mediu, nu este indicat să se înglobeze diferitele boli în grupe nosologice prea cuprinzătoare, așa cum sînt multe din grupările date în codul rețelei infantile, ci trebuie trecute cu diagnosticul precis sub care au fost înregistrate. În acest caz, pentru a nu face de la început tabele prea cuprinzătoare, acestea trebuie compuse în cursul despuierii, pe măsură ce diferitele boli sînt întîlnite în fișe. Pentru ca, totuși, diferitele boli să nu fie prea amestecate în totalizator și să se poată calcula morbiditatea și pe grupe mai largi, se pot face totalizatoare separate pentru categorii principale de boli (ale aparatului respirator, ale aparatului circulator, endocrine etc.).

Mai ținem să subliniem faptul că pentru a se obține o istorie patologică cît mai reală a fiecărui copil și pentru a avea o situație cît mai completă a morbidității dintr-o instituție de copii, nu este bine să se înregistreze în fișe numai bolile „mai serioase", așa cum fac mulți medici de instituție, sub motiv că îmbolnăvirile sau fenomenele mai ușoare (corize, cefalee etc.) „nu merită" să fie consemnate. Atît pentru o cunoaștere cît mai exactă a stării de sănătate a copiilor, cît mai ales pentru analiza morbidității din punct de vedere igienico-sanitar este necesar să se consemneze în fișă și afecțiunile ușoare, formele incipiente și chiar diferitele simptome, căci tocmai prin aceste prime modificări ale sănătății copiilor se poate sezisa cît mai de vreme influența nefavorabilă a diferiților factori de mediu.

Utilizată în modul arătat mai sus, fișa medicală a copilului din instituție prezintă o serie de avantaje, care au fost observate de medicii unor instituții de copii chiar și în timpul relativ scurt de cînd noul model de fișă a început să fie experimentat.

În primul rînd, folosirea unui document unic pentru fiecare copil face inutilă utilizarea diferitelor registre, permite urmărirea momentelor succesive ale aceleiași boli, precum și modificarea stării de sănătate de la o

examinare la alta, iar recapitularea cronologică a diferitelor boli şi tulburări pe prima pagină a fişei permite, cu ocazia fiecărei examinări medicale, o orientare rapidă asupra antecedentelor patologice ale copilului, ceea ce are o deosebită importanţă pentru atitudinea diagnostică şi curativo-profilactică a medicului în legătură cu fiecare îmbolnăvire nouă.

In al doilea rînd, tot prin tabelul recapitulativ, fişa individuală constituie un document primar valabil pentru prelucrarea statistică a morbidităţii, desigur în măsura în care acest tabel este completat corect. In acest sens, ea permite analiza morbidităţii sub diversele ei aspecte, atît a morbidităţii propriu-zise (cazuri noi), cît şi a stării de morbiditate (cazuri vechi şi noi), şi în general are toate avantajele cercetării morbidităţii pe contingente. Astfel, se poate calcula morbiditatea generală, global şi pe cauza, numărul şi gruparea afecţiunilor pe un singur copil, precum şi procentul de copii rămaşi sănătoşi. Desigur că din fişierul general se pot separa fişele copiilor din evidenţa specială. Astfel, fişierul şi mai ales tabelele de totalizare zilnică sau lunară dau medicului de instituţie posibilitatea de a raporta în orice moment date valabile în ceea ce priveşte morbiditatea. Ne referim aci la valabilitatea legată de înregistrarea şi totalizarea cazurilor, şi nu, în general, la valoarea cifrelor de morbiditate, care sînt în funcţie, în primul rînd, de măsura şi exactitatea depistării diferitelor boli în populaţia de copii.

In sfîrşit, în legătură cu avantajul unei raportări corecte din partea medicilor instituţiilor de copii, rezultă şi pentru policlinica de copii posibilitatea de a avea o situaţie mai aproape de realitate a morbidităţii din instituţiile de copii. La ora actuală, policlinica nu poate acorda credit cifrelor de morbiditate raportate de medicii instituţiilor de copii, între altele şi din motivul arătat mai sus, că evidenţa primară din instituţii poate da loc la greşeli. De fapt confruntînd o serie de rapoarte anuale ale medicilor şcolari cu rapoartele lunare ale aceloraşi medici am văzut că în ceea ce priveşte morbiditatea pe diferite cauze există numeroase discordanţe în sensul că cifrele rezultate din totalizarea lunilor difereau de cifrele date în rapoartele anuale, ceea ce înseamnă că rapoartele nu au avut la bază o evidenţă primară clară. Or, raportarea morbidităţii din instituţii către policlinică are o deosebită importanţă pentru stabilirea morbidităţii teritoriale, mai ales pentru afecţiunile care — aşa cum s-a mai amintit — nu ajung să fie descoperite direct de policlinică. Astfel, de exemplu, pentru unele afecţiuni cum ar fi guşa sau deformaţiile coloanei vertebrale, cifrele de morbiditate stabilite pe baza centralizatorului policlinicii de copii sînt neverosimil de mici, dar apar mult mai ridicate în statisticile medicilor de instituţie, pentru simplul motiv că majoritatea cazurilor acestor afecţiuni nu ajung la policlinică, ci sînt descoperite şi înregistrate în instituţiile de copii.

După cum rezultă din cele spuse mai sus, elementul important al fişei individuale, sub raportul analizei morbidităţii, îl constituie tabelul recapitulativ. Avantajul unui asemenea tabel în cercetarea morbidităţii a fost subliniat şi de E. I. Deiciman, care l-a aplicat sub forma unei fişe statistice anexate la fişa de ambulator a persoanelor din raionul policlinicii.

Desigur că experimentarea în continuare a fişei medicale a copiilor din instituţii, descrisă mai sus, va scoate şi mai bine în evidenţă avantajele, ca şi eventualele dezavantaje ale acestei fişe. In această privinţă,

un cuvînt greu vor avea de spus medicii acelor instituţii. Pentru moment am considerat util să comunicăm părerile şi observaţiile noastre de pînă acum în legătură cu utilizarea fişei medicale individuale în instituţiile de copii.

BIBLIOGRAFIE

BATKIS C. A. — Organizarea ocrotirii sănătăţii publice. Bucureşti, 1950.
BOLDÎREV T. E. — Materiale instructiv-metodice pentru controlul igienico-sanitar al instituţiilor pentru copii şi adolescenţi. Moscova, 1950.
DEICIMAN E. I. — Studiul morbidităţii populaţiei. *Sovetskoe zdravoohranenie,* 1953, nr. 4.
KORSUNSKAIA — Problemele de bază în domeniul deservirii sanitare a şcolilor şi a instituţiilor de copii. În : Îndrumătorul medicului sanitar.
MOREINIS I. I. — Contribuţii la problema indicilor calitativi ai activităţii centrelor sanitaro-antiepidemice. *Sovetskoe zdravoohranenie,* 1950, nr. 1.
SOLTISKI E. I. — Utilizarea datelor statistice din ambulatorii în studiul morbidităţii în cursul cercetărilor de igienă. *Ghighiena i sanitaria,* 1950, nr. 12.

Articol intrat în redacţie în decembrie 1955.

Cîteva consideraţii metodologice privitoare la cercetarea natalităţii

Lia Petrescu
asistentă socială Casa copilului nr. 2

Cele ce urmează ne-au fost sugerate, în parte, de cercetarea Centrului de obstetrică şi ginecologie asupra natalităţii în mediul rural. Scopul nostru este să luăm în discuţie unele probleme de ordin metodologic, pe care orice asemenea lucrare le va ridica.

Cercetarea Centrului de obstetrică şi ginecologie s-a făcut în trei regiuni ale ţării : Bacău, Timişoara, Cluj, cu indici de natalitate diferiţi, adică — respectiv — mari, mici şi mijlocii.

Ele au fost astfel alese pentru a permite un studiu comparativ, menit să explice procesul de creştere şi scădere a natalităţii. În general, s-a pornit de la ipoteza că aceste variaţii sînt provocate, pe de o parte, de factori biologici, iar pe de alta de factori social-economici. Prin cele patru acţiuni principale din cursul cercetării : anchetarea familiilor, analiza factorilor demografici, ancheta satelor, examene medicale ale femeilor, s-a căutat găsirea aspectelor mai importante ale celor două categorii de factori (biologici şi social-economici) în determinarea evoluţiei natalităţii.

Pentru că o astfel de cercetare nu se putea desfăşura pe întreaga suprafaţă a regiunilor menţionate — din cauza cheltuielilor prea mari pe care le-ar fi necesitat — s-a ales din fiecare regiune cîte o comună (formată din mai multe sate) care o reprezintă. Aceste comune au fost considerate ca înglobînd caracteristicile demografice mai importante ale regiunii respective.

★

Compararea extremelor, în vederea relevării elementelor permanente sau accidentale din desfăşurarea diferitelor procese pe care le studiem,

constituie pentru orice cercetător o tentație mare, care se justifică chiar prin rezultatele obținute în variate domenii ale științei.

Evident că și în demografie folosirea comparației este un bogat prilej de sugestii și explicări, și ea trebuie să fie folosită cu atît mai mult cu cît va ține și locul experienței din alte științe. Măsura în care ea poate sta la baza unor generalizări este însă o problemă care trebuie să fie considerată cu prudență.

Natalitatea este un fenomen încă nu suficient de cunoscut, mai ales în ceea ce privește raporturile dintre diferitele elemente care o compun. Și în această privință mentalitatea, cu toate variațiile ei, are o mare importanță în diferențierea natalității, de la o regiune la alta. Iată, de exemplu, în satul R. din regiunea Cluj, reducerea natalității coincide în timp cu începutul plecării zilnice a bărbaților la oraș, la lucru, ceea ce a dus la o dezmembrare a familiilor și la creșterea numărului de concubinaje ; în timp ce în satul G. din regiunea Bacău, plecarea zilnică a bărbaților la lucru la oraș datează de multă vreme, fără a atinge cît de puțin viața de familie și natalitatea continuă să fie foarte mare, satul necunoscînd nici în trecut vreo reducere a natalității.

De aceea, a încerca să scoatem reguli general valabile din absența sau prezența unor elemente izolate este dificil, mai ales cînd comparăm numai două localități alese la întîmplare dintre cele cu natalități extreme.

Din acest punct de vedere, adesea compararea unor sate, foarte apropiate geografic, cu diferențe mici de natalitate, poate să ne ducă, tocmai prin aceasta — adică prin existența unor condiții de dezvoltare socială și biologică comune datorită apropierii geografice — la elucidarea problemelor demografice pe care în zadar am căutat-o prin compararea unor localități foarte distanțate, deci în condiții demografice diametral opuse. Ea poate permite surprinderea fenomenului în evoluția lui treptată și poate mai semnificativă.

Este adevărat că urmărirea în timp a situației din același loc și compararea diferitelor momente între ele ne-ar fi foarte utilă. Dar în studiul natalității acest lucru este greu de făcut, pentru că cere timp îndelungat : natalitatea este un fenomen care variază sensibil de la un an la altul.

Pentru că fenomenele demografice au calitatea de a se desfășura geografic și de a putea, la un moment dat, căpăta o delimitare în zone destul de omogene, se poate porni de la acest punct de vedere atunci cînd întreprindem o asemenea cercetare. Compararea unor astfel de „zone demografice" are șansa să ne ducă la concluzii mai valabile pentru situația natalității din întreaga țară, decît compararea unor localități cu dimensiuni destul de limitate, unde particularitățile specifice se fac prea evidente. În orice caz, ele ne permit o cunoaștere a situației din întreaga țară la un moment dat, chiar dacă această cunoaștere este formată din fragmente.

★

Aceste zone de natalitate nu pot fi în nici un caz suprapuse arbitrar diferitelor împărțiri administrative, ci trebuie stabilite prin cartografierea minuțioasă a unităților administrative, la cel mai mic nivel posibil (sat, oraș). Numai prin asigurarea unei omogenități cît mai riguroase în cadrul diferitelor zone se poate ajunge la cunoașterea fiecărei zone în parte ca o totalitate.

Evident, toată variabilitatea de indici de natalitate dintr-o regiune administrativă are o medie a ei calculată din datele provenite din toate localităţile, care reprezintă poate tendinţa majorităţii, compensînd în mod domol extremele, dar care tocmai prin aceasta se îndepărtează mai mult de realitate şi este mai greu de cuprins într-o singură explicaţie valabilă.

Alternativa cealaltă, pe care o putem presupune, că zonele administrative reprezintă şi zone demografice, este puţin probabilă şi în orice caz trebuie să fie verificată.

O dată cunoscută cartograma natalităţii, adevărata acţiune de cercetare trebuie să înceapă. Nu pe teren, ci la birou. Terenul trebuie să ne aducă explicarea unor fenomene deja semnalate sau bănuite, în linii mari. Şi acest lucru se poate face utilizînd tot materialul informativ pe care îl avem sau îl putem cere serviciilor statistice, pe care îl putem prelucra, fie după acelaşi sistem al cartogramelor, fie după un altul, care să permită o confruntare permanentă cu starea natalităţii. Analiza tuturor indicilor demografici şi compararea lor cu a celor economici, încă din această fază a lucrărilor, ne va fi de mare folos atunci cînd ne vom găsi pe teren. Acum pot fi încercate diferite ipoteze şi puncte de vedere în explicarea variaţiilor natalităţii. Iată, de exemplu, în timpul cercetării făcute de Centrul de obstetrică şi ginecologie s-a putut observa cum variaţii de natalitate, deşi identice ca intensitate, capătă aspecte deosebite, după cum datează de un timp mai mult sau mai puţin îndelungat. Pentru că, în timp ce scăderea natalităţii dintr-un anume sat era un proces vechi, care acum se stabilizase la un nivel mediu suficient de bun, scăderea din celălalt sat reprezenta un proces în curs — provocat de împrejurări actuale de migrare — despre care nu puteam şti unde se va opri.

De aci şi mijloacele de remediere vor fi evident cu totul altele.

Variaţiile de natalitate sînt foarte sensibile la schimbările sociale şi reprezintă din acest punct de vedere un minunat semnalizator, dar sînt totodată fenomene care se pot continua în timp, chiar după ce condiţiile sociale s-au schimbat, din cauza unei tulburări a echilibrului demografic care s-a produs în perioada de criză, precum şi în virtutea menţinerii unei anume mentalităţi.

Asemănător cu cel menţionat mai sus, nenumărate alte criterii pot fi găsite şi verificate pe baza materialului pe care îl avem, astfel ca pe teren să ne găsim în faţa a cît mai puţine probleme neprevăzute.

★

Deşi este foarte dificil, totuşi, după cum spuneam şi mai sus, cercetarea pe teren nu poate fi efectuată pe întreaga suprafaţă avută în vedere şi de aceea impune cercetătorului o atentă operaţie de alegere a eşantionului [1] celui mai reprezentativ.

În momentul în care vom avea de ales un eşantion dintr-o regiune, bine structurată demografic şi social-economic, operaţia are incomparabil mai multe şanse de reuşită, decît atunci cînd ne găsim în faţa unor regiuni cu variate aspecte. Ea nu va fi făcută la întîmplare, ci în baza caracterelor zonei pe care o reprezintă sau, atunci cînd este cazul, în acel

[1] Eşantion = porţiunea din întreg considerată reprezentativă pentru totalitate şi care este supusă cercetării.

punct unde se crede că fenomenul s-a produs mai întîi şi ar fi putut avea vreo influenţă asupra satelor învecinate.

Cercetarea pe teren trebuie să înceapă totdeauna printr-o anchetă sumară asupra satului şi apoi să continue concomitent cu anchetarea indivizilor pentru că aceasta din urmă reprezintă ultima şansă de explicare a problemelor neclare şi asupra ei se revine cel mai greu.

Pentru anchetarea individuală se poate folosi, fie sistemul anchetării tuturor indivizilor dintr-o anume localitate, pînă la epuizare, fie alegerea parţială a unui număr limitat de informatori din fiecare localitate, dar extins la mai multe localităţi.

Este greu de spus care din cele două sisteme are şanse să dea rezultate mai bune; aceasta numai experimentarea lor ne-o poate spune. In orice caz, cel de-al doilea sistem este mai mult supus erorii din cauza satelor cu populaţie redusă — fiind ştiut că micimea eşantionului, ca atare, este mai importantă în alterarea rezultatelor decît proporţia lui scăzută faţă de totalitatea pe care o reprezintă. In acelaşi timp, prezintă şi dificultatea alegerii informatorilor, operaţie care trebuie făcută pe teren, de către un personal care să cunoască acest sistem de lucru.

★

Considerăm că anchetarea individuală nu trebuie să ne furnizeze numai material statistic pentru stabilirea diverşilor indici (de fecunditate, fertilitate etc.)* sau a situaţiei economice, ci şi material informativ pentru lămurirea tuturor proceselor specifice localităţii cercetate. De aceea este bine ca ea să fie făcută cu un personal bine informat asupra mersului lucrării în general, care să fi participat chiar la operaţiile premergătoare şi care să fie capabil să facă o selecţie a materialului informativ obţinut, precum şi o analiză a lui.

A lăsa în seama unui singur cercetător totalizarea unor date (la strîngerea cărora nu a participat şi a căror valoare nu o cunoaşte) şi interpretarea lor, numai în funcţie de aspectul lor cifric, poate duce la multe erori şi lipsuri.

Situaţiile statistice singure nu fac decît să ne ilustreze fenomenul, nu să ni-l şi explice, şi a căuta explicarea numai prin analiza lor logică nu este niciodată suficient. Procese care nu îmbracă un aspect cifric nu vor scăpa în mod sigur şi acestea nu sînt de cea mai mică importanţă şi nu trebuie minimalizate.

Ţinînd seama de acest lucru, credem că fişele de anchetare nu trebuie să cuprindă numai ceea ce se poate număra. O parte trebuie lăsată pentru surprinderea chiar şi incidental — în funcţie de informator şi anchetator — a unor aspecte din viaţa satului nu neapărat prevăzute de cel care a conceput fişa şi, în orice caz, nu sub formă precis definită. Cunoştinţele şi părerile informatorului trebuie lăsate să se manifeste în mod nestingherit şi neîngrădit în formule prestabilite.

Din acest punct de vedere recomandăm în mod deosebit pentru problema natalităţii anchetarea de grup; în grup oamenii devin mai liberi în exprimare, mai puţin neîncrezători, mai antrenaţi în discuţii între ei, care pot oferi anchetatorului informaţii foarte utile, nu pentru un anume individ, dar pentru viaţa generală a satului. Ea oferă în acelaşi timp şi o confruntare de păreri, de unde se pot trage multe concluzii utile. Subli-

niem aceasta pentru că este un gen de anchetă care se folosește rar și cu neîncredere.

★

Credem că nu sîntem departe de adevăr dacă spunem că problemele metodologice pe care le ridică o astfel de cercetare țin mai ales de două întrebări cheie: unde și cum (sau mai exact în ce condiții) trebuie făcută cercetarea.

De rezolvarea dată acestor chestiuni depinde în mare parte valoarea materialului strîns; este vorba de valoarea lui din punctul de vedere al exactității și al corespondenței la problemă.

Într-o asemenea cercetare, oricît de mare ar fi abilitatea cercetătorului și oricît de conștiincioasă munca sa, el se găsește în permanență în primejdia folosirii unui eșantion nereprezentativ și în aceea a colectării unui material inexact, falsificat, fie de anchetatori, fie de informator.

A da cu certitudine rezolvări, atît pentru una cît și pentru cealaltă dintre cele două probleme (unde și cum trebuie făcută cercetarea), este temerar. Ele nu se pot rezolva decît după o îndelungată experiență și noi ne găsim de abia la începutul unor asemenea cercetări.

Desigur, cel mai bun sistem de verificare rămîne acela al revenirii în același loc, prin cercetări cu metode deosebite; în acest fel vom vedea mai precis care sînt sursele de eroare mai frecvente.

Articol intrat în redacție în decembrie 1955.

25 de ani de la înfiinţarea punctelor de sănătate din întreprinderi în U. R. S. S.

Dr. **A. Pescaru**, candidat în ştiinţe medicale

În perioada 1930—1931, în U.R.S.S. a avut loc o vastă acţiune de transformare a posturilor de prim-ajutor din întreprinderile industriale în puncte de sănătate medicale şi de înfiinţare a unor noi unităţi sanitare de acest tip la locul de muncă în fabrici, uzine şi exploatări miniere.

În ce condiţii istorice au luat fiinţă aceste unităţi sanitare pe lîngă întreprinderi şi care este semnificaţia acestei restructurări în organizarea asistenţei medicale a muncitorilor?

În 1926, Uniunea Sovietică s-a găsit la sfîrşitul perioadei de refacere a economiei naţionale şi pe baza directivelor celui de-al XIV-lea Congres al P.C.(b) a trecut la industrializarea socialistă a ţării. Ca urmare, în perioada următoare se organizează o serie de ramuri industriale care nu existau în Rusia prerevoluţionară, se înfăptuiesc cu succes lucrările planului leninist de electrificare, se construiesc noi căi ferate. Paralel, ca urmare a sarcinilor trasate de Congresul al XV-lea, în problema transformării socialiste a agriculturii se trece la înfiinţarea colhozurilor şi sovhozurilor.

Industrializarea ţării a creat premisele ridicării continue a nivelului de trai material şi cultural al oamenilor muncii. În aceste condiţii era necesară dezvoltarea sistemului sovietic de ocrotire a sănătăţii în conformitate cu sarcinile mari care stăteau în faţa întregii ţări. Aceasta însemna, la etapa istorică respectivă, asigurarea unei asistenţe medicale preferenţiale pentru muncitorii din întreprinderile industriale şi din sectorul socialist al agriculturii şi ridicarea nivelului cultural-sanitar al populaţiei în scopul îmbunătăţirii stării de sănătate a oamenilor muncii, ridicării continue a producţiei şi productivităţii muncii, îndeplinirii planului de industrializare a ţării.

Rezolvarea acestor sarcini cerea, atît dezvoltarea reţelei unităţilor sanitare şi creşterea numărului de cadre, cît şi folosirea de noi forme şi metode de lucru în organizarea asistenţei curativo-profilactice a diferitelor grupe de populaţie. De aceea, o dată cu înfiinţarea de noi unităţi sanitare, în marile centre muncitoreşti din Ural, Kuznetk, Donet etc., s-a intensificat lupta împotriva morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, s-au lărgit măsurile de prevenire şi combatere a accidentelor de

muncă şi bolilor profesionale, au fost îmbunătăţite condiţiile igienico-sanitare în întreprinderile industriale.

La 26 februarie 1926, Consiliul Comisarilor Poporului, ascultînd raportul lui N. A. Semaşko asupra activităţii Comisariatului Poporului pentru Ocrotirea Sănătăţii, a confirmat justeţea liniei îndreptată spre îmbunătăţirea calităţii asistenţei medicale şi asanarea condiţiilor de viaţă şi de muncă ale muncitorilor şi ţăranilor. În acelaşi timp, Comisariatului Poporului pentru Ocrotirea Sănătăţii i s-a indicat ca sarcină intensificarea luptei împotriva bolilor profesionale şi îmbunătăţirea calităţii asistenţei medicale în oraşe.

Ca urmare a acestor indicaţii, în 1926 şi 1927 se organizează două conferinţe dedicate luptei împotriva bolilor profesionale şi se înfiinţează institute de cercetări ştiinţifice pentru studiul bolilor profesionale. În marile centre industriale sînt organizate în aceşti ani un mare număr de posturi de prim-ajutor. Cu toate rezultatele pozitive obţinute, activitatea posturilor de prim-ajutor nu a putut satisface nevoile sanitare existente în întreprinderi, din cauza lipsei unui personal medico-sanitar suficient de pregătit în problemele prevenirii şi combaterii accidentelor de muncă şi bolilor profesionale şi a legăturii slabe cu masele de oameni ai muncii.

O schimbare importantă în organizarea asistenţei medicale a muncitorilor s-a petrecut după desfiinţarea subsecţiilor de asistenţă medicală a asiguraţilor din cadrul secţiilor sanitare şi prelucrarea de către organele ocrotirii sănătăţii a acestei sarcini. Avînd o organizare semiautonomă şi dispunînd de fondurile asigurărilor sociale, secţiile „medicinei muncitoreşti" îşi îndreptau cea mai mare parte a bugetului către asistenţa medicală curativă, în detrimentul măsurilor profilactice. Lichidîndu-se acest paralelism, s-a întărit considerabil unitatea de concepţie şi conducere în domeniul ocrotirii sănătăţii muncitorilor. Mărindu-şi bugetul primit pe linie de stat cu fondurile obţinute din asigurările sociale, organele ocrotirii sănătăţii au putut îmbunătăţi substanţial asistenţa medicală a muncitorilor.

Una dintre măsurile importante întreprinse în 1927 a fost reglementarea modului de eliberare a certificatelor de concediu medical în caz de incapacitate temporară de muncă pentru asiguraţi. Prin această reglementare, medicii instituţiilor medicale curativo-profilactice au căpătat dreptul de a acorda concediu medical pînă la 10 zile. Pentru concediile mai lungi asiguratul primea certificat de la „consultaţiile medicale", instituţii special organizate de organele ocrotirii sănătăţii în colaborare cu casele de asigurări. Litigiile în această problemă le rezolvau comisiile de control medicale de pe lîngă casele de asigurări.

În ceea ce priveşte conţinutul muncii unităţilor sanitare care deserveau pe muncitori, acesta privea în special asanarea condiţiilor de muncă din întreprinderile industriale. Analizînd importanţa şi conţinutul profilaxiei, Z. P. Soloviov arăta că nu se pune problema de a crea tipuri speciale de instituţii destinate a face profilaxie, ci a dezvolta, o dată cu creşterea reţelei de unităţi medicale, un conţinut nou al muncii în unităţile curative existente, pe baza înţelegerii juste de către medici a sintezei care trebuie să existe între activitatea curativă şi cea profilactică.

Congresul al VI-lea al secţiilor sanitare care a avut loc în 1927 a făcut bilanţul dezvoltării ocrotirii sănătăţii pe perioada celor 10 ani de după Marea Revoluţie Socialistă din Octombrie şi a aprobat linia de

dezvoltare a asistenței medicale pentru muncitorii din întreprinderile industriale și sectorul socialist agricol. Cu acest prilej s-a arătat necesitatea trecerii la forme cît mai avansate de planificare a ocrotirii sănătății, care trebuie să se dezvolte corespunzător creșterii economiei naționale.

Congresul secțiilor sanitare a recunoscut necesitatea intensificării muncii de atragere a maselor la rezolvarea problemelor de ocrotire a sănătății și a indicat următoarele forme:

a) comisiile ocrotirii sănătății de pe lîngă secțiile sanitare;

b) comisiile de asanare a condițiilor de viață și de muncă de pe lîngă instituțiile curativo-profilactice;

c) comisiile de ocrotire a sănătății din întreprinderi, instituții, școli, locuințe etc.

Congresul a criticat cu asprime tendințele nejuste manifestate în munca unor organizatori sanitari care trecuseră la organizarea dispensarizării „în masă" a muncitorilor și familiilor lor.

Pe lîngă problemele de asistență medicală a muncitorilor din întreprinderile industriale, anii industrializării socialiste au pus în fața organelor ocrotirii sănătății importante sarcini privind lupta antiepidemică și îmbunătățirea condițiilor igienice la locul de muncă și de trai. Construirea numeroaselor întreprinderi și șantiere, atragerea în centrele muncitorești nou organizate a unui mare număr de muncitori permanenți și sezonieri, necesitatea asigurării locuinței, alimentației cu apă, serviciilor de salubritate pentru acești muncitori, impuneau asigurarea unui control sanitar permanent și aplicarea de măsuri profilactice fundamentate științific. În acest scop, în 1927, Consiliul Comisarilor Poporului aprobă legea „Despre organele sanitare ale republicii", prin care se înființează un mare număr de posturi de medici igieniști în centrele muncitorești și se acordă largi drepturi de control sanitar noilor organe sanitare înființate. Legea prevedea dreptul de a închide întreprinderea în cazul nerespectării normelor igienico-sanitare.

Pe linia întăririi muncii profilactice, în acești ani încep să se facă controale medicale periodice muncitorilor din locurile de muncă vătămătoare sănătății, examene profilactice de masă, expertize asupra condițiilor igienico-sanitare din întreprinderi.

Analizînd dezvoltarea rețelei curativo-profilactice vedem că în comparație cu anul 1913, în 1928 numărul posturilor crescuse de la 142 000 la 218 000, al ambulatoriilor de la 1 200 la 5 700, numărul medicilor din mediul rural de la 4 975 la 10 940, numărul locurilor în creșe se mărise de 200 de ori.

Cu toate aceste realizări, ritmul dezvoltării sistemului de ocrotire a sănătății rămînea în urmă față de creșterea economiei naționale și nevoile crescînde ale oamenilor muncii.

De aceea, la 18 decembrie 1929, Comitetul Central al Partidului Comunist (bolșevic) a elaborat hotărîrea „Despre asistența medicală a muncitorilor și țăranilor", în care a indicat calea schimbării radicale a formelor de ocrotire a sănătății în conformitate cu sarcinile politice și economice ale etapei istorice.

In acest document de partid se arată că organele ocrotirii sănătății nu au aplicat în viață directivele partidului în ceea ce privește linia de clasă proletară și se recomandă revizuirea politicii sanitare în acest sens. Hotărîrea obliga organele de ocrotire a sănătății să îmbunătățească asis-

ţenţa medicală în cîteva ramuri ale industriei de bază — industria minieră, metalurgică etc. — şi să dea o atenţie deosebită asigurării unei asistenţe de calitate asiguraţilor. În ceea ce priveşte mediul rural, hotărîrea recomandă lărgirea reţelei de unităţi sanitare. Pentru aducerea la îndeplinire a acestor sarcini, C.C. al P.C. (b) indica sarcina promovării în organele ocrotirii sănătăţii a unui activ muncitoresc şi ţărănesc.

Hotărîrea C.C. al P.C. (b) din 1929, cu privire la îmbunătăţirea asistenţei medicale a muncitorilor din industrie şi agricultură a reprezentat un moment de cotitură în dezvoltarea sistemului sovietic de ocrotire a sănătăţii. Îndrumările C.C. al P.C.(b) au stat la baza planului cincinal al ocrotirii sănătăţii.

Călăuzindu-se după linia directoare trasată de conducerea partidului, organele de ocrotire a sănătăţii au trecut, la începutul anului 1930, la o vastă acţiune de pregătire a măsurilor menite să asigure o asistenţă medico-sanitară de calitate la locul de muncă din întreprinderi.

Principalele momente ale acestei munci de pregătire au fost:

a) stabilirea volumului şi structurii morbidităţii cu pierderea temporară a capacităţii de muncă pe baza studierii materialelor statistice ale caselor de asigurări şi precizarea factorilor de mediu care determină această morbiditate;

b) stabilirea importanţei economice a zilelor de muncă pierdute din producţie din cauză de boală;

c) stabilirea acelei verigi principale din reţeaua de unităţi sanitare capabilă să reorganizeze ocrotirea sănătăţii la locul de muncă şi să aplice cele mai simple şi eficiente măsuri de ordin sanitaro-profilactic.

Întocmirea studiului asupra morbidităţii muncitorilor din întreprinderile diferitelor ramuri de producţie a permis organelor de stat, politice şi economice să înţeleagă mai bine importanţa economică a zilelor pierdute din producţie şi să întreprindă o serie de măsuri energice pentru înlăturarea factorilor dăunători sănătăţii din întreprinderi. Cu acest prilej, Consiliul Comisarilor Poporului a atras atenţia în mod special conducătorilor de întreprinderi asupra răspunderii care o au în legătură cu respectarea normelor de ordin igienico-sanitar la locul de muncă. Comisariatului Poporului pentru Ocrotirea Sănătăţii, condus în perioada aceasta de M. F. Vladimirski — eminent conducător al P.C. (b) — i-a revenit importanta sarcină de a reorganiza activitatea de ocrotire a sănătăţii în direcţia asigurării unei asistenţe medicale preferenţiale pentru muncitorii din întreprinderile industriale şi de a stabili tipul de unitate sanitară capabilă să asigure conducerea tehnică a muncii de asanare a condiţiilor de muncă în întreprindere şi să organizeze munca profilactică prin atragerea muncitorilor la opera de ocrotire a propriei lor sănătăţi. Pentru aceasta posturile de prim-ajutor din întreprinderi au fost transformate în puncte de sănătate şi încadrate cu medici; de asemenea, a fost înfiinţat un număr de noi puncte de sănătate medicale. Sarcinile stabilite pentru punctul de sănătate medical au fost acordarea primului ajutor în caz de accidente sau îmbolnăvire profesională şi desfăşurarea unei largi activităţi sanitaro-profilactice. Sprijiniţi de organele ocrotirii sănătăţii şi de institutele de igiena muncii, medicii punctelor de sănătate încep să-şi însuşească cunoştinţele privind problemele de igienă industrială şi diferitele aspecte ale procesului de producţie din întreprindere. În felul acesta, medicii din întreprinderi contribuie în mod real la scă-

derea morbidității pe baza asanării condițiilor de mediu. Medicii din întreprinderi au fost în epoca aceasta factorii hotărîtori în obținerea unor importante succese în ridicarea nivelului cultural-sanitar al oamenilor muncii. În condițiile lărgirii accesibilității asistenței medicale prin apropierea medicului de locul de muncă au putut lua naștere inițiative prețioase ca aceea a dr. Solomonov din Donbas. Învățînd pe muncitorii mineri felul în care pot acorda un prim-ajutor în caz de accident și luînd măsuri pentru o deservire medicală calificată și rapidă, dr. Solomonov a reușit să determine o scădere importantă a numărului de zile lipsă din producție, provocate în special de complicațiile accidentelor și microaccidentelor.

Toate acestea arată că înființarea punctelor de sănătate medicale în întreprinderi între 1930 și 1931 a fost expresia unei concepții noi în ceea ce privește asigurarea asistenței medicale la locul de muncă pentru muncitorii din întreprinderile industriale. În lucrarea „Ocrotirea sănătății pe drumul către producție" apărută în 1931, M. F. Vladimirski arăta că „într-o vreme cînd în industrie vin milioane de noi muncitori, cînd populația vechilor centre muncitorești și a diferitelor raioane ale acestora crește rapid din cauza sosirii noilor muncitori de la sate, ... a organiza instituțiile medicale numai pe principiul «circumscripției» înseamnă a lăsa toată ocrotirea sănătății pe vechile sale poziții și a nu dori întoarcerea ei «cu fața către producție»".

Organizarea punctelor de sănătate la întreprinderi și orientarea activității lor pe linia profilactică a fost rezultatul justei îndrumări a partidului, care a indicat legarea ocrotirii sănătății de sarcinile construcției socialiste. Înțelegînd importanța acestor măsuri, Comisariatul Poporului pentru Ocrotirea Sănătății s-a împotrivit tendințelor manifestate de unele organe sanitare de a mări numărul punctelor de sănătate pe socoteala încadrării lor cu felceri, și nu cu medici.

Experiența activității punctelor de sănătate medicale a arătat importanța atragerii organelor administrative și sindicale în rezolvarea problemelor de ocrotire a sănătății muncitorilor din întreprinderile industriale și însemnătatea măsurilor sanitaro-profilactice la locul de muncă în scăderea morbidității. Deosebit de însemnat a fost faptul că formele de colaborare întîmplătoare dintre organele administrative, sindicale și medicale pentru aplicarea măsurilor de minimum sanitar au luat cu timpul forma unor înțelegeri legalizate între administrație și sindicat în problema îmbunătățirii condițiilor igienico-sanitare din întreprindere.

Puternicul avînt al industrializării socialiste și experiența acumulată de medici în întreprinderi și pe șantiere au impus reglementarea controlului sanitar curent și mai ales a celui preventiv prin înființarea, în 1933, a Inspecției sanitare de stat.

În timp, experiența medicilor de la punctele de sănătate a arătat necesitatea unor schimbări de conținut în munca acestora, pe baza lărgirii activității curativo-profilactice. Într-una din lucrările sale din 1933, M. F. Vladimirski arată că „nu există un tip comun de punct de sănătate". Un rezultat al acestor constatări a fost lărgirea activității medicilor de întreprinderi prin trecerea la acordarea asistenței medicale în caz de îmbolnăvire acută și eliberarea certificatului de concediu medical pînă la 5 zile. Această schimbare în munca medicilor punctelor de sănătate a mers paralel cu atribuirea de drepturi speciale organelor Inspecției sanitare de stat în ceea ce privește obligarea administrației întreprinderii de a executa

propunerile privind îmbunătăţirea condiţiilor igienico-sanitare în întreprindere. În aceste condiţii, medicul de întreprindere a fost eliberat într-o anumită măsură de a exercita o „presiune" permanentă, plictisitoare şi uneori puţin eficace, în problemele igienico-sanitare asupra administraţiei întreprinderii.

De altfel, înseşi problemele de igienă industrială din ce în ce mai complexe impuneau prezenţa unui cadru cu o bună pregătire în specialitate, cadru care activa la nivelul Inspecţiei sanitare de stat şi avea în aceste probleme împuterniciri deosebite.

Organele de conducere ale Comisariatului Poporului pentru Ocrotirea Sănătăţii s-au preocupat permanent, în această perioadă, de asigurarea unei asistenţe preferenţiale pentru muncitorii întreprinderilor industriale, corectînd greşelile făcute de unele secţii sanitare care au încercat, cîţiva ani după înfiinţarea punctelor de sănătate, înlocuirea medicilor prin felceri.

Anii Marelui Război pentru Apărarea Patriei au dat un nou impuls şi au lărgit activitatea punctelor de sănătate medicale. În această perioadă a luat fiinţă un nou tip de unităţi sanitare la locul de muncă : serviciul medico-sanitar. Serviciul medico-sanitar organizat în întreprinderile industriale mari reprezintă o formă superioară de asistenţă medico-sanitară în întreprinderi, formă corespunzătoare unei etape noi de dezvoltare economico-culturală a Uniunii Sovietice. Astăzi, în U.R.S.S. există 900 de servicii medico-sanitare de întreprindere în care lucrează 23 200 de medici.

Cunoaşterea experienţei sovietice în organizarea şi dezvoltarea punctelor de sănătate are o însemnătate deosebită pentru ţara noastră.

În anii regimului democrat-popular s-a creat în ţara noastră, un sistem de asistenţă medico-sanitară a muncitorilor la locul de muncă din întreprinderi. În perioada de la 23 august 1944 pînă la 1 ianuarie 1949, cînd asigurările sociale au fost încredinţate sindicatelor, iar Ministerul Sănătăţii a preluat toate unităţile sanitare ale Casei centrale a asigurărilor sociale, a fost înfiinţat un mare număr de dispensare de întreprinderi. O dată cu trecerea acestor unităţi sub conducerea tehnică a Ministerului Sănătăţii s-au rezolvat parţial lipsurile legate de existenţa dispensarelor de pe lîngă întreprinderile mici. Totuşi, normele de încadrare a dispensarelor de întreprinderi au continuat să fie largi şi să nu reflecte nevoile legate de specificul diferitelor ramuri de producţie.

Unificarea spitalelor cu policlinicile, dispensarele de circumscripţie şi dispensarele de întreprinderi şi instituţii a însemnat o îmbunătăţire a asistenţei medicale. În acelaşi timp, unificarea a creat o serie de prejudicii în asistenţa medicală a muncitorilor. Datorită unificării, numărul dispensarelor de întreprindere cu medic a scăzut între 1950 şi 1952 cu aproape 30%. În plus, reducerea timpului de muncă acordat întreprinderii de medicul care lucra jumătate din norma sa în staţionar a influenţat negativ asupra activităţii profilactice la locul de muncă din ateliere.

Critica adresată organelor de ocrotire a sănătăţii de către tovarăşul Gh. Gheorghiu-Dej la conferinţa pe ţară a minerilor din industria carboniferă în vara anului 1952 a constituit o indicaţie preţioasă şi un imbold pentru întărirea asistenţei medicale a muncitorilor din întreprinderile industriale.

Ţinînd seama de modul în care se asigura asistenţa medicală a mun-

citorilor şi de nevoile care existau în acest domeniu, în 1953 s-a dat o reglementare ştiinţifică deservirii medicale la locul de muncă prin „H.C.M. nr. 1830 pentru reorganizarea asistenţei medico-sanitare a muncitorilor, tehnicienilor şi funcţionarilor din întreprinderile industriale". Prin această hotărîre s-au pus bazele pentru organizarea unei noi unităţi sanitare în întreprinderile mari: serviciul medico-sanitar. În prezent funcţionează 98 de servicii medico-sanitare şi 1 539 de puncte de sănătate care îşi aduc contribuţia lor preţioasă la scăderea morbidităţii muncitorilor din întreprinderile industriale.

Tipul de întreprinderi industriale cu puncte de sănătate, numărul mare de muncitori deserviţi de totalitatea acestor unităţi sanitare şi experienţa pozitivă acumulată pînă în prezent în organizarea asistenţei medicale la locul de muncă justifică dezvoltarea şi consolidarea punctelor de sănătate. Asigurînd o îndrumare şi un sprijin real din partea spitalului unificat, putem trece la legalizarea unei situaţii existente, permiţînd oficial lărgirea activităţii curative a punctelor de sănătate medicală. În acelaşi timp, considerăm necesară sprijinirea medicilor de întreprindere de către igieniştii sanepidurilor în îmbunătăţirea activităţii igienico-sanitare din întreprinderi.

În asigurarea unei asistenţe medicale preferenţiale pentru muncitorii din întreprinderile industriale trebuie să avem în vedere permanent cuvintele lui M. I. Kalinin, care spunea în 1930 la cel de-al VI-lea Congres al secţiilor sanitare: „...cînd asigurăm muncitorului o serie întreagă de avantaje şi privilegii în domeniul medicinei, aceasta se face, nu numai pentru că el este hegemon, dar şi pentru că el este cel mai necesar şi hotărîtor factor de producţie în societatea noastră".

De aceea, în politica sanitară a statului nostru nu putem ridica drept obiectiv numai lupta împotriva morbidităţii în general, ci mai ales lupta împotriva morbidităţii din sectoarele cele mai hotărîtoare ale economiei noastre naţionale. Numai în felul acesta dezvoltarea ocrotirii sănătăţii va merge în pas cu dezvoltarea generală a economiei naţionale şi va putea deveni una dintre condiţiile îndeplinirii planului de stat şi a ridicării nivelului de trai material şi cultural al oamenilor muncii.

Articol intrat în redacţie în februarie 1956.

Misiunea doctorilor I. Felix şi A. Marcovici în Rusia, în 1865

Conf. **Iuliu Ghelerter** şi dr. **D. Hociotă**
Catedra de organizare sanitară şi istoria medicinei I.M.F. Bucureşti

În cadrul legăturilor medicale romîno-ruse din a doua jumătate a secolului al XIX-lea, care continuă o seculară tradiţie, misiunea doctorilor Iacob Felix şi Alexandru Marcovici în Rusia, la St. Petersburg, în 1865, reprezintă un eveniment deosebit. Este vorba, într-adevăr, de cea dintîi delegaţie medicală romînă care vizitează oficial Rusia. Înainte de această dată găsim o serie de medici romîni care au studiat sau au activat în Rusia. Aşa, de pildă, în 1809—1810, dr. Constantin Caracaş din Bucureşti

— vrednicul ctitor al Spitalului „Filantropia", pe care l-a edificat cu sprijinul generalului Kutuzov — a făcut o călătorie în Rusia, însoţind un general rus care era în tratamentul său. „Cu acest prilej i s-a dat titlul de «nadvornii sovetnik», adică consilier de stat, cum şi ordinul «Sfîntul Vladimir»" [1]. Mai tîrziu găsim în Rusia pe D. Larioti, care urmează medicina la Moscova în 1834 şi pe Nicolae Gănescu, care cu sprijinul generalului P. Kiselev, studiază medicina la Moscova, terminînd în 1837 [2]. Dr. Iacob Cihac — numit de Kiselev medic şef al armatei din Moldova, care a dat prima organizare a serviciului sanitar militar din Moldova în 1832 şi a înfiinţat, împreună cu M. Zotta, „Societatea de medici şi naturalişti din Iaşi" — a plecat în 1853 în Rusia, unde a participat ca medic la războiul Crimeei şi a rămas timp de cinci ani. I. Felix şi Al. Marcovici sînt trimişi în 1865 la Petersburg de către direcţia Serviciului sanitar romîn ca să studieze epidemia de febră recurentă care bîntuia acolo şi să vadă dacă nu prezintă pericolul de a se extinde şi în ţara noastră.

Febra recurentă (denumită şi tifos recurent), care era endemică în Asia, a fost observată şi descrisă pentru prima oară în Europa în secolul al XVIII-lea, în Irlanda, de către Rutty, în timpul epidemiei care a bîntuit la Dublin în 1739. Irlanda a continuat să rămînă un focar de febră recurentă şi boala a fost descrisă şi de alţi autori. Pînă atunci febra recurentă a fost mult timp confundată cu febrele care dau recăderi şi mai ales cu malaria. Prima descriere a bolii în afara teritoriului Angliei a fost aceea a epidemiei din Odesa din 1833 [3].

Odesa a rămas şi ea focar de febră recurentă. În anii următori se semnalează epidemii în Rusia, la Moscova, în 1840 şi 1841. Cea mai intensă epidemie apărută în secolul al XIX-lea în Europa — spune I. Felix — a fost aceea care a bîntuit în 1864 şi 1865 la Petersburg. În perioada de mare dezvoltare industrială din acea vreme, statele erau interesate în luarea de măsuri pentru a împiedica răspîndirea epidemiilor, care dădeau o mare mortalitate, loveau îndeosebi populaţia muncitoare şi stinghereau expansiunea colonială. În 1851 s-a ţinut pentru prima oară la Paris o conferinţă internaţională în privinţa măsurilor de carantină împotriva holerei, ciumei şi febrei galbene, care veneau mai ales din colonii.

Un mare pas înainte în etiologia febrei recurente, care a dus la importante progrese în diagnostic şi tratament, a fost făcut prin descoperirea de către Obermeier, în 1873, a parazitului cauzator al bolii; a fost prima spirochetoză descoperită.

Studiul febrei recurente a preocupat pe savanţii ruşi, care au adus contribuţii importante în această problemă. Astfel, Mecinikov şi Sudakievici, pornind de la constatarea că în perioada de apirexie spirilii se acumulează în splină, au făcut cercetări pe maimuţe, arătînd că spirilii febrei recurente sînt devoraţi de polinuclearele macrofage din splină; e unul dintre cele mai remarcabile exemple de fagocitoză [4]. Gabricevski a preconizat cel dintîi tratamentul cu ser de convalescent în febra recurentă.

---

[1] *Pompei P. Samarian:* O veche monografie sanitară a Munteniei „Topografia Ţării Romîneşti" de dr. Constantin Caracaş. Teză medicină, Buc. 1937, p. 3.

[2] Contribuţii la istoria medicinei în R.P.R., sub redacţia *prof. V. Bologa.* Ed. Medicală, Buc. 1955, p. 208.

[3] *I. Felix:* Tratat de igienă publică şi poliţie sanitară, t. II. Buc. 1889, p. 244.

[4] *Mecinikov* şi *Sudakievici:* Cercetări asupra febrei recurente, Annales de l'Institut Pasteur, 1891, p. 515 (cit. în G. H. Roger, Les maladies infectieuses, Paris, Masson & Cie. 1902).

Încă din 1874, bacteriologul din Odesa G. N. Minh (şi în 1875 colegul său O. O. Mociutkovski) a susţinut ipoteza transmiterii febrei recurente şi a tifosului exantematic prin vectori şi a arătat cel dintîi rolul insectelor hematofage. Minh, pentru a demonstra modul de transmitere a bolii, şi-a inoculat sînge de la un bolnav de febră recurentă şi a făcut o formă gravă de boală [1]. Deşi lucrările lui Minh şi Mociutkovski au fost publicate, ele n-au fost acceptate de medicina oficială; a trebuit să treacă 35 de ani pînă cînd, în 1909, bacteriologul francez Charles Nicolle a confirmat şi a dovedit susţinerea savanţilor ruşi despre transmiterea febrei recurente şi a tifosului exantematic prin insecte hematofage. În 1864, cînd izbucneşte marea epidemie de febră recurentă la Petersburg, modul de transmitere a bolii şi agentul ei cauzal nu erau deci încă cunoscute.

Vestea epidemiei a alarmat, printre ţările învecinate cu Rusia, şi ţara noastră. Pe atunci, serviciul sanitar romîn se organiza prin străduinţa lui Carol Davila, ajutat de Iacob Felix. În 1862, serviciile sanitare ale Principatelor se contopiseră, formîndu-se Direcţia generală a serviciului sanitar (care depindea de Ministerul de Interne) sub conducerea lui C. Davila ca inspector general şi a lui I. Felix ca vice-inspector. Se înfiinţase un comitet medical superior şi consilii de igienă şi salubritate publică în oraşele principale. Davila şi Felix erau preocupaţi de problema combaterii epidemiilor care erau pustiitoare. Epidemia de holeră, de pildă, care a bîntuit din iunie 1865 pînă în toamna lui 1866 a atins 66 665 cazuri, cu o mortalitate de 27 863 (41,8%) [2].

S-a crezut la început că în Rusia bîntuia o epidemie de ciumă. În „Monitorul Oficial" nr. 75 din 8 aprilie 1865 apare un anunţ al Direcţiei generale a serviciului sanitar în care se spune: „Epidemia de «ciumă siberică» care bîntuie acum o mare parte a Rusiei europene şi alarmă staturile Austriei şi Prusiei, a atras şi atenţia guvernului nostru, care a luat măsuri ca să fie informat, atît asupra mersului şi întinderii bolii, precum şi asupra caracterului ei. Deocamdată Romînia nu este ameninţată de acel flagel... cu toate astea Guvernul ia măsuri serioase ca ţara să fie pregătită, dacă din nenorocire acea epidemie ar face o invaziune în Principatele Unite Romîne". În numărul următor al „Monitorului" se comunică hotărîrea guvernului de a trimite în Rusia pe dr. Felix, însoţit de un alt medic, pentru a studia epidemia şi a folosi experienţa rusă: „În urma anunţului publicat în Monitorul de eri, relativ la epidemia numită «ciuma siberică», guvernul a luat deîndată măsuri ca d. doctor I. Felix, Inspectorele Serviciului Sanitar, însoţit şi de un alt medic, să meargă în imperiul Rusiei unde bîntuie acea epidemie spre a putea studia caracterul ei şi în modul acesta să poată şi ţara noastră a se folosi de experienţele făcute acolo în tratamentul acelei epidemii" [3].

Peste cîteva zile, în revista „Monitorul medical" se publică procesul-verbal al Consiliului medical superior relativ la această problemă: „În şedinţa ordinară din 21 Aprilie 1865, în problema comunicării făcute de către d. Director General al Serviciului sanitar asupra măsurilor luate pentru epidemia din nordul Rusiei, cred că este îndeajuns trimiterea d. dr. Felix şi A. Marcovici pentru a studia această epidemie. Nu este nece-

[1] *K. V. Bunin:* Prioritatea medicinei ruse în studiul bolilor infecţioase. Sovetskaia mediţina, 1949, nr. 12.

[2] *Dr. V. Michail:* O pagină din retrospectiva Serviciului sanitar în Principatele Romîne, pînă la 1866, Buc., 1907, p. 12.

[3] „Monitorul, Jurnal oficial al Principatelor Unite Romîne", 9/21 aprilie 1865, nr. 76.

sitatea de a lua alte măsuri" [1]. Procesul-verbal este semnat, ca președinte al Consiliului medical superior, de dr. Gluck (care a funcționat un scurt timp ca director general al Serviciului sanitar în locul dr. Davila) și de dr. Capșa, Protici, Atanasovici și Theodori. Tot „Monitorul medical" dă următoarele știri sub titlul „Epidemia din St. Petersburg": „D. Doctori Iacob Felix, inspectorul serviciului sanitar și dr. Alexandru Marcovici, care în devotamentul d-lor pentru umanitate au acceptat a merge în Rusia pentru studierea epidemiei ce există în acel imperiu, au și plecat Marți, la 13 aprilie". În continuare, revista publică extrase din revista franceză „Gazette des Hôpitaux", nr. 47, 1865, din comunicarea făcută de M. P. Dubovitski, președintele Academiei medico-chirurgicale din St. Petersburg, despre starea actuală a epidemiei. În acest document, care este un răspuns oficial la întrebările puse de ambasada engleză, apare pentru prima oară denumirea de febră recurentă și se spune că în primele săptămîni ale lunii februarie au fost 300 de cazuri pe zi de febră recurentă și de tifos la 500 000 de locuitori.

★

Tinerii medici trimiși în misiune în 1865 în Rusia, I. Felix și A. Marcovici, profesori la Școala națională de medicină condusă de Davila, erau personalități de mare valoare, care aveau să întemeieze mai tîrziu școlile de igienă și de clinică medicală la Facultatea de medicină din București.

Dr. Iacob Felix (1832—1905), originar din Boemia, a venit în Romînia în 1858, după ce terminase Facultatea de medicină din Viena, fiind numit medic al orașului Oltenița. În anul următor funcționează ca medic șef al fostului județ Muscel. I. Felix se face curînd cunoscut prin vastele sale cunoștințe și spiritul său organizatoric. Preocupările sale în problemele de igienă îl determină pe C. Davila să-l aducă în București, unde e numit, în 1861, medic de sector și profesor la catedra de igienă și salubritate publică înființată atunci la Școala națională de medicină și farmacie. Din 1862—1865 colaborează cu C. Davila la organizarea serviciului sanitar civil, fiind vice-inspector al Direcției generale a Serviciului sanitar și membru în Consiliul sanitar superior. În acești ani, I. Felix publică o serie de lucrări: Observații asupra pelagrei în județul Muscel (1862), Studii igienice (1862), Poliția sanitară a locuințelor (1863), Apele de băut ale Bucureștiului (1864), lucrări care vădesc calități deosebite [2].

Dr. Alexandru S. Marcovici (1835—1886), care s-a oferit să plece împreună cu dr. I. Felix la Petersburg, urmase studiile medicale, ca bursier al Statului Romîn la Facultatea de medicină din Paris. Fost extern și intern, prin concurs, al spitalelor din Paris, după ce-și dă teza de doctorat în 1864, A. Marcovici se întoarce în același an în București. E numit medic al poliției sanitare a Capitalei și profesor de patologie și

[1] „Monitorul medical", anul IV, nr. 14, 22 aprilie 1865, p. 106.

[2] După 1865, I. Felix a fost, între 1865 și 1892, medic șef al orașului București, apoi director general al Serviciului sanitar. De la înființarea Facultății de medicină, în 1869, a fost profesor de igienă. Savant progresist cu vederi înaintate, I. Felix a pus bazele igienei științifice și ale statisticii sanitare în țara noastră. Printre lucrările sale cele mai importante, sînt: Tratat de igienă publică și poliție sanitară (vol. I, 1870; vol. II, 1889), Rapoartele generale asupra situației sanitare a Romîniei (1893—1899), Profilaxia pelagrei (1883), Geografia medicală a Romîniei (1897), Istoria igienei în Romînia în secolul al XIX-lea și starea ei la începutul secolului al XX-lea (2 vol. 1901—1902), Igiena școlară (1902—1903) etc.

terapie generală la Şcoala naţională de medicină şi se remarcă ca un element deosebit de capabil. [1]

I. Felix şi A. Marcovici pleacă la St. Petersburg la 13 aprilie 1865. Misiunea comporta serioase riscuri; asemenea epidemii dădeau o mare morbiditate şi mortalitate şi printre medicii şi personalul care îngrijeau pe bolnavi. Ei au rămas în Rusia cinci săptămîni, lucrînd la combaterea febrei recurente în spitalele din Petersburg alături de medicii ruşi şi studiind amănunţit epidemia sub toate aspectele. Rezultatele misiunii lor sînt consemnate într-un memoriu pe care I. Felix şi A. Marcovici îl trimit din St. Petersburg, la 14 mai 1865, directorului general al Serviciului sanitar. Raportul care a fost publicat în „Monitorul medical" [2] era însoţit şi de un studiu clinic asupra febrei recurente, care a apărut în aceeaşi revistă. [3]

Memoriul cuprinde date deosebit de interesante. Autorii arată că epidemia de febră recurentă a izbucnit la St. Petersburg în august 1864, bîntuind în acelaşi timp cu tifosul exantematic, care era endemic în capitala Rusiei ţariste. Începînd din decembrie 1864 şi pînă în martie 1865, epidemia a fost în creştere, numărul cazurilor internate în cele 16 spitale ale oraşului depăşind cu mult pe cele de tifos exantematic; începînd din aprilie, epidemia de febră recurentă e în scădere. Autorii nu au putut stabili o statistică exactă, din pricină că nu se totalizase numărul de cazuri din toate spitalele; nu în toate cazurile s-a pus diagnosticul bolii; pe de altă parte, spun ei, „nu se cunoaşte numărul imens al bolnavilor care s-au tratat în practică privată şi al celor care au murit fără tratament medical". Epidemia a bîntuit numai la Petersburg; în celelalte părţi ale Rusiei existau numai cazuri sporadice. I. Felix şi A. Marcovici exprimă adînca lor recunoştinţă „către autorităţile medicale şi către confraţii lor din St. Petersburg, din partea cărora am avut primirea cea mai colegială şi care cu cea mai mare amabilitate ne-au înlesnit îndeplinirea misiunii noastre". Ei au arătat că în lucrarea lor au folosit, pe lîngă observaţiile proprii, şi protocoalele, observaţiile şi statisticile Spitalului „Obuhov", culese de dr. Zorn, precum şi lucrările asupra epidemiei publicate de dr. Herman şi Kuttner.

Studiile asupra epidemiei se ocupă de: 1) caracterul bolii (precizînd caracterele constante şi pe cele inconstante şi varietăţi), 2) convalescenţa şi afecţiunile tardive, 3) etiologia, 4) mortalitatea, 5) terapia, şi sînt urmate de o serie de observaţii de cazuri de febră recurentă. Studiile au meritul că împletesc observaţiile clinice cu problemele de igienă şi epidemiologie pe care le ridică epidemia.

---

[1] La înfiinţarea Facultăţii de medicină din Bucureşti, în 1869, dr. A. Marcovici a fost numit profesor de clinică medicală; catedra a devenit în 1870 clinică medicală şi dermatologică. Dr. A. Marcovici a fost un bun clinician, care a pus bazele clinicii medicale romîneşti. În lecţiile sale de dermatologie (publicate în revista „Spitalul" între 1881 şi 1883) el are vederi înaintate, făcînd legătura între dermatoze şi starea generală a organismului. S-a preocupat de bolile infecţioase, studiind, în afara epidemiei din Petersburg, şi epidemia de holeră din Principate din 1865, epidemia de holeră de la Marsilia din 1884 etc. A desfăşurat o susţinută activitate didactică şi ştiinţifică în societăţile medicale din acea vreme şi a contribuit la scoaterea revistei „Analele medicale romîne" (1881) şi la organizarea primului congres medical romîn (1884), la care a fost ales preşedinte de onoare.

[2] Raportul D. D. dr. Felix şi Marcovici către D. Director General al Serviciului sanitar, „Monitorul medical", an. IV. nr. 17, 1865.

[3] „Monitorul medical", an. IV, nr. 18, 19, 20, 1865.

Remarcabil e capitolul despre etiologie, în care recunoaștem concepțiile progresiste ale lui Felix, care, depășind tehnicismul îngust care domina igiena și epidemiologia în acea vreme, se ridică la o înțelegere socială a igienei, așa cum aveau s-o dezvolte marii igieniști ruși F. F. Erisman și A. P. Dobroslavin (ale căror lucrări le-a urmărit). Deși părerea medicilor ruși era că febra recurentă nu fusese adusă din provinciile îndepărtate ale imperiului, autorii consideră că contagiunea a venit din altă regiune a Rusiei, prin faptul că, după cercetările lor, boala a existat în mai multe rînduri în ultimii ani și chiar în prezent se găsește în gubernia care învecinează Petersburgul. Cauzele care au favorizat izbucnirea masivă a epidemiei au fost condițiile mizerabile de existență ale populației sărace, precum și „condiția tifoidă" care domnește de mulți ani în Petersburg; acestea au dat epidemiei „o întindere și o gravitate pe care n-ar fi avut-o în alte condiții ale țării".

Autorii arată că natura intimă a contagiunii nu este încă cunoscută, dar e sigur că boala e contagioasă și infecțioasă, adică se poate transmite, atît prin contactul direct cu bolnavii, cît și indirect, prin intermediul obiectelor de care s-au folosit. Ei citează în sprijinul acestei teze faptul că personalul medical și îngrijitorii au dat un mare număr de bolnavi. La Spitalul „Obuhov", numai în trei luni au fost 31 de cazuri de febră recurentă printre medici, felceri și îngrijitori. Cazurile declarate în oraș n-au fost niciodată izolate. Ele atingeau totdeauna o parte din membrii familiei sau contacților; în unele ateliere s-a semnalat o proporție de peste 50% contaminați. Cu toate acestea contagiozitatea a fost socotită mai mică decît a tifosului exantematic, care a dat un număr și mai mare de victime printre medici și personalul îngrijitor.

Printre altele, se arată că „constituția robustă" a dat cel mai mare tribut: din 515 cazuri analizate de dr. Zorn, 485 erau de constituție forte și numai 32 de constituție slabă.

I. Felix și A. Marcovici insistă în mod just asupra faptului că „în această epidemie, ca mai în toate care au decimat omenirea, clasa inferioară a fost mai bîntuită; muncitorii și mai cu osebire țăranii de curînd veniți din provincii îndepărtate, și prin urmare neaclimatizați, au dat contingentul cel mai mare". Autorii studiază cu amănuntime condițiile de trai ale acestor categorii sociale și zugrăvesc un tablou impresionant, care ne arată mizerabila stare a clasei muncitoare, datorită nemiloasei exploatări capitaliste, lipsei măsurilor de igienă, dezinteresului societății țariste pentru sănătatea maselor: „hrana populației sărace este detestabilă: obișnuit, nu mănîncă decît legume fierte, cu prea puțină carne sau grăsime; în anul trecut, mai toate legumele au fost stricate, mai cu seamă varza și cartofii, care sînt consumați în mare cantitate. Carnea, de o mare scumpete (5 pînă la 9 lei ocaua, după calitate) de multe ori e veche și stricată, căci controlul municipalității este iluzoriu; în timp de aproape 6 luni, multă carne vine tăiată și înghețată din provincie, astfel că nu se poate ști în ce stare se aflau vitele înainte de a fi sacrificate și dacă carnea nu era putrezită. Măcelarii, dacă nu pot vinde toată carnea pe care o au în timpul cuviincios al conservării sale, o pun pe gheață în pivnițe și o păstrează indefinit, astfel că dumnezeu știe prin cîte alternative de răceală și căldură a trecut bucățica pe care o cumpără muncitorul cu sudoarea lui. În făina de secară se găsesc adesea secale cornutum...". „Locuința populației muncitoare este din cele mai triste:

țăranul doarme adesea pe pămînt, neavînd mijloace să locuiască în oraș; cei care locuiesc în case sînt înghesuiți în mare număr în odăi mici și întunecoase, de multe ori prin beciuri umede. Iarna, mulți din ei, neavînd cu ce să se învelească, pun capacele la sobă ca să întreție o căldură sufocantă, pe care osteneala și rachiul îi împiedică a o simți; adăugînd la acestea prezența a două rînduri de ferestre lipite, se poate înțelege lesne ce focare de infecții pot constitui asemenea locuințe".

În ce privește mortalitatea, I. Felix și A. Marcovici arată că în epidemia observată, mortalitatea în spitale a fost considerabilă, urcîndu-se pînă la 20%. În forma simplă, decesele au atins 10%, în forma bilioasă — care a fost mai rară — 50—60% din cazuri. Examinînd „condițiile individuale și profesionale" care au influențat asupra mortalității, autorii constată că țăranii veniți recent la lucru și muncitorii au dat cel mai mare contingent. Și asupra acestui capitol I. Felix și A. Marcovici își dau seama de importanța condițiilor sociale: „în oraș, la persoanele cu mijloace și cu igienă obișnuită, cuviincioasă, boala a fost mult mai ușoară".

În ceea ce privește terapeutica, autorii descriu tratamentul care se aplica pe atunci și care era simptomatic. Se punea preț pe clinică.

În concluzie, I. Felix și A. Marcovici arată că nu este vreo probabilitate ca epidemia să se extindă în țara noastră.

Într-adevăr, în decursul secolului al XIX-lea febra recurentă nu s-a ivit în țara noastră, deși în timpul războiului pentru independență din 1877—1878 a fost o epidemie în mijlocul trupelor rusești din Bulgaria (Felix, Maksimovici 1879).

Cea dintîi epidemie mare care, alături de tifosul exantematic, a decimat trupele și populația civilă a fost în Moldova, în timpul primului război mondial, în 1916—1917. Febra recurentă a rămas apoi endemică în țara noastră. Azi, în urma măsurilor luate, s-a putut ajunge la dispariția ei.

★

Cu prilejul misiunii lor la Petersburg, A. Marcovici și mai cu seamă I. Felix au studiat și organizarea sanitară și igiena publică în Rusia. Pe lîngă studiile publicate în „Monitorul medical" și o comunicare făcută de I. Felix la Societatea medicală științifică din București, autorii au mai publicat asupra acestei chestiuni o serie de articole în revista medicală din Viena: „Wiener medizinische Wochenschrift". Iată cum descrie acest fapt I. Felix: „De la anul 1865 înainte, medicii romîni încep a colabora la reviste străine de medicină și de igienă. Inceputul îl fac A. Marcovici și I. Felix, care în anul 1865 au fost trimiși în Rusia spre a studia febra recurentă (tifosul recurent) apărut în acel imperiu și au publicat în „Wiener medizinische Wochenschrift" mai multe articole asupra febrei recurente și asupra prevenirii ei, precum și asupra igienei publice în Rusia" [1].

În urma acestei vizite, prof. I. Felix a urmărit dezvoltarea științei medicale ruse și în special pe igieniștii Erisman și Dobroslavin (pe acesta din urmă îl citează în bibliografia „Tratatului său de igienă publică și poliție sanitară", vol. II, 1889).

---

[1] *Dr. I. Felix*, Istoria igienei în Romînia în secolul al XIX-lea și starea ei la începutul secolului al XX-lea. Partea I., Buc., 1901, p. 9. — Trebuie menționat că dr. Iuliu Baraș a publicat cu mai mulți ani înainte articole în aceeași revistă.

Pe Dobroslavin, I. Felix l-a cunoscut şi la Congresul de igienă şi demografie din Viena, din 1887. I. Felix a observat asemănarea dintre starea sanitară din Rusia şi cea de la noi, din care rezultă importanţa problemelor de organizare sanitară rurală; influenţa organizării sanitare ruse, pe care a cunoscut-o în 1865 la Petersburg, s-a reflectat în proiectul de lege sanitară alcătuit între 1872 şi 1873 de o comisie în frunte cu I. Felix şi A. Fătu, lege care a însemnat un pas înainte în organizarea sanitară a ţării noastre. Mai tîrziu, I. Felix — care a avut un rol însemnat în dezvoltarea organizării ocrotirii sănătăţii la noi — studiind „Asistenţa medicală" în documentata sa lucrare „Istoria igienei în Romînia" vorbeşte despre concepţiile lui F. F. Erisman. Ocupîndu-se de problema asistenţei medicale rurale, el arată că „serviciul medicilor de plasă este partea cea mai slabă din organizaţia noastră sanitară..." şi citează, printre altele, starea medicinei rurale din Rusia, descrisă de prof. Erisman la Congresul medical internaţional din Moscova, din 1897, care se aseamănă cu situaţia de la noi. Erisman arătase că „serviciul medicului rural ambulant, care o dată sau de două ori pe lună vizitează toate satele circumscripţiei, n-a dat rezultate bune..." şi insistă asupra creării de mici spitale rurale, care să devină centre de cultură sanitară [1]. Reiese din studiul lui I. Felix că acesta cunoştea organizarea spitalelor de zemstvă.

Misiunea doctorilor I. Felix şi A. Marcovici la Petersburg, în 1865, a dus deci, nu numai la cunoaşterea febrei recurente şi a epidemiologiei ei, dar a influenţat şi organizarea noastră sanitară. Această primă luare directă de contact a medicilor noştri cu situaţia sanitară şi cu ştiinţa medicală rusă avea să fie urmată în ultimele decenii ale secolului al XIX-lea — în afara legăturilor medicale romîno-ruse din timpul războiului pentru independenţă — de misiunea prof. Zaharia Petrescu, în 1879, cu prilejul epidemiei de ciumă din gubernia Astrahan şi apoi de participarea medicilor romîni la al XII-lea Congres internaţional de medicină ţinut la Moscova în 1897 [2], care au contribuit tot mai mult la strîngerea legăturilor medicale romîno-ruse.

Articol intrat în redacţie în februarie 1956.

---

[1] *Dr. I. Felix*, Istoria igienei în Romînia... op. cit., P. II, p. 25—26.

[2] Trebuie menţionat că I. Felix, care în timpul războiului din 1877—1878 a condus spitalele din Turnu-Măgurele, a avut strînse legături cu Serviciul sanitar rus. El a fost de asemenea preşedintele Comitetului romîn pentru cel de-al XII-lea Congres internaţional de medicină.

R E F E R A T E

CÎTEVA PROBLEME CU PRIVIRE LA LUPTA PENTRU SCĂDEREA MORBIDITĂȚII POPULAȚIEI

N. N. Morozov. Din Institutul de organizare sanitară și istoria medicinei „Semașko"

Sovetskoe mediţina, 1955, nr. 9

Autorul consideră că eficiența luptei contra bolilor în U.R.S.S. se poate determina prin :

1. caracterul bolii și nivelul cunoștințelor noastre în privința ei ;

2. caracterul măsurilor operative în lupta cu boala respectivă.

În momentul de față, în această privință sînt trei grupe de boli :

1. grupa de boli unde rezultatele sînt foarte bune și demonstrative, de exemplu, malaria ;

2. grupa de boli unde rezultatele luptei sînt frumoase, dar nu în întregime mulțumitoare, de exemplu, scarlatina, tusea convulsivă, rujeola ;

3. grupa de boli contra cărora lupta nu a dat rezultatele dorite, ca de exemplu, gripa, angina, dizenteria, hipertensiunea, cancerul, reumatismul. În 1926 au fost înregistrați 110 bolnavi de gripă la 1 000 de locuitori, iar în 1947 un număr de 161.

S-au obținut rezultate foarte frumoase, în primul rînd, în domeniul lichidării totale a unor boli, ca : holera, variola, pesta, febra recurentă. Aceasta se datorește creării din primele luni după Revoluție a unei rețele antiepidemice care, întărindu-se cu fiecare an, a dus o luptă sistematică și bine organizată.

Sînt rezultate frumoase în lupta contra bolilor cu extindere în masă, ca : sifilis, tuberculoză, malarie.

Tuberculoza. Dacă socotim cazurile noi în 1948 la 100, în 1949 au fost 90, în 1950 — 80,4, în 1951 — 75, în 1952 — 70,6.

Sifilisul. Socotind cazurile noi în 1945 la 100, în 1947 au fost 108,7, în 1950 — 27,9 și în 1951 — 17,7 (ridicarea morbidității după război se datorește armatelor fasciste). Lichidarea totală a sifilisului este o sarcină pentru anii următori.

Aceste succese frumoase de sigur se datoresc în primul rînd condițiilor sociale, economice-culturale, politice. Dar aceste condiții au existat și pentru celelalte boli, unde nu sînt asemenea rezultate frumoase.

Autorul socotește că rezultatele acestea se datoresc în mare parte existenței unui sistem special în lupta contra fiecărei boli aparte, sistem care include rețeaua de bază curativo-profilactică (dispensare antituberculoase, antivenerice etc.), institutele de cercetare științifică și organe speciale în cadrul organelor de conducere, inclusiv Ministerul Sănătății.

Adică lupta contra bolilor are rezultate bune acolo unde se aplică principiul nosologic în organizarea luptei contra lor.

Prin principiul nosologic se înțelege o metodă de luptă contra morbidității populației, care se bazează pe aplicarea măsurilor speciale, conform cerințelor științei medicale, îndreptate spre prevenirea și tratarea unei boli (sau grupe de boli similare ca etiologie și patogeneză), în scopul scăderii sistematice a morbidității în boala respectivă și a lichidării ei.

Principiul nosologic imprimă în lupta contra bolilor un caracter mai planificat și are un rol organizator în activitatea medicală.

Propuneri

1. Trebuie perfecționate rețelele speciale existente (antituberculoase, anticanceroase etc.).

2. Este necesară crearea rețelelor speciale și pentru alte boli, mai ales pentru gripă și dizenterie.

De fapt, instrucțiunile Ministerului Sănătății prevăd că în caz de pericol de epidemie de gripă, pe lîngă spitalele unificate mai mari se creează puncte speciale de luptă contra gripei, încadrate cu 2—3 medici, 4—5 surori medicale și cu utilajul necesar pentru profilaxie, diagnostic și tratament.

3. Problema luptei contra unor boli tre-

buie analizată în următoarea ordine de către organele de ocrotire a sănătății :

a) răspîndirea bolii respective în țară, regiune, oraș etc. ;

b) în ce măsură dăunează această boală sănătății populației și economiei naționale a statului ;

c) starea activității de cercetare științifică în problema bolii respective ;

d) metodele de diagnostic, terapie și profilaxie aplicate în instituțiile medicale ;

e) măsurile organizatorice necesare care să asigure scăderea morbidității în boala respectivă (paturi, rețea medicală, cadre etc.) ;

f) forma în care trebuie pusă problema în fața guvernului sau organelor locale ale statului, precum și în fața instituțiilor economice ;

g) studierea măsurilor prin care rețeaua farmaceutică și industria de medicamente vor asigura utilajul și medicamentele necesare.

Avînd în vedere că activitatea unităților medicale, în primul rînd se apreciază pe baza dinamicii morbidității de pe teritoriul deservit de ele, problema scăderii morbidității și căutarea celor mai eficace metode pentru aceasta trebuie să constituie o preocupare primordială a organelor și instituțiilor medicale.

Dr. Toma Huszar

SELECȚIONAREA CADRELOR, PARTE IMPORTANTĂ ÎN MUNCA DE ORGANIZARE

B. N. Kazakov (Moscova), **directorul Direcției cadrelor din Ministerul Sănătății al R.S.F.S.R.**

Sovetskoe zdravoohranenie, 1955, nr. 5

Pentru a putea folosi bine cunoștințele și capacitățile cadrelor și pentru a avea siguranță că își îndeplinesc sarcinile primite, este nevoie de studierea sistematică a oamenilor.

Studierea cadrelor este un proces activ, creator. A studia cadrele înseamnă, în primul rînd, că ele trebuie să fie apreciate pe criteriul cum lucrează, pe rezultatele practice din munca lor. Datele de anchetă, biografie, muncă anterioară etc. sînt mai puțin importante. Este greșit sistemul de a studia cadrele numai pe baza dosarelor personale. Numeroase chestionare și anchete, cu alcătuirea și prelucrarea cărora se ocupă multe servicii de cadre, aduc o birocratizare a muncii și sustrag atenția de la studierea cadrelor prin contact personal.

Alegerea justă a cadrelor, organizarea ridicării permanente a calificării lor, educația cadrelor, sînt unele dintre condițiile principale în munca de ridicare a calității în ocrotirea sănătății.

Munca cu cadrele trebuie să fie o muncă sistematică, și nu de la caz la caz. Cînd cineva a fost numit într-o muncă de conducere este bine ca acesta să fie chemat la minister sau la secția sanitară respectivă pentru a face cunoștință cu starea treburilor în domeniul sau unitatea în care va lucra. Este necesar ca cei ce conduc sectoarele de activitate, fiecare în sectorul lui, să analizeze activitatea secției de sănătate sau a instituției unde este numit omul nou, pe perioada care a trecut, să arate lipsurile și să stabilească împreună cu noul conducător măsurile de îmbunătățire a muncii.

La început, noul conducător trebuie să fie urmărit cu o atenție și grijă deosebită din partea organelor superioare, pentru a-l ajuta permanent în lupta contra greutăților de început și pentru ca să capete încredere în forțele sale.

Este de dorit ca după 3—6 luni să-i fie trimis pentru un control temeinic și ajutor practic, un om de răspundere din aparatul superior sau să fie el chemat pentru raportul personal.

S-a dovedit justă metoda de control și ajutor prin trimiterea unor conducători similari din alte regiuni sau instituții, cu o experiență îndelungată în muncă. In regiunea Tula de exemplu, șefii secțiilor sanitare raionale sînt convocați trimestrial în conferințe, unde cei cu experiență în muncă de 5—10 ani fac schimb de experiență cu cei noi în muncă.

O altă formă dovedită justă în educarea cadrelor de conducere este de a da acestora sarcina de prelucrare a unei probleme de organizare și metodologie a ocrotirii sănătății, de a pregăti o scrisoare metodologică sau proiect de decizie, un articol pentru presă într-o temă definită sau de a analiza o ramură de activitate în ocrotirea sănătății locale, a pregăti măsurile necesare și a prezenta materialul în fața colegiului sau sfatului medical.

Multe organe de conducere se plîng de lipsa de cadre în aparatul lor, în loc să folosească cadrele de conducere din instituțiile subordonate, cu ajutorul cărora pot să îndeplinească cu succes sarcinile.

Afară de aceste măsuri trebuie organizat și un învățămînt special pentru ridicarea calificării cadrelor de conducere. In primul rînd trebuie editate sistematic cărți sau cursuri de perfecționare în domeniul organizării sanitare, care să fie trimise tuturor conducătorilor de teritorii sau de instituții.

Diferite direcții ale Ministerului Sănătății au organizat seminarii de 10 zile pen-

tru conducătorii de secţii din secţiile sanitare regionale.

De exemplu, Direcţia cadrelor a organizat seminarii pentru şefii serviciilor de cadre, cu următoarele teme :

1. Sarcinile actuale în munca cu cadrele medicale în legătură cu problemele actuale ale ocrotirii sănătăţii.
2. Munca cu cadrele de conducere.
3. Repartizarea specialiştilor tineri.
4. Folosirea datelor analizei statistice în planificarea repartizării cadrelor.
5. Perfecţionarea şi specializarea cadrelor.
6. Formele şi metodele de educaţie a cadrelor.
7. Organizarea muncii de stimulare şi evidenţiere a cadrelor medicale.
8. Munca cu carnetele de muncă.

In pregătirea cadrelor de conducere au un rol mare cursurile de pregătire a cadrelor de conducere în Institutul central de perfecţionare a medicilor din Moscova. Majoritatea celor care au terminat aceste cursuri lucrează ca miniştri, şefi de secţii sanitare regionale sau în aparatele ministeriale. La aceste cursuri pot fi trimise numai cadre cu experienţă în munca de conducere.

Ministerul Sănătăţii, pentru a ridica nivelul profesional al cadrelor locale de conducere, organizează conferinţe interregionale pe problemele actuale de organizare sanitară, la care participă şefii secţiilor sanitare regionale şi orăşeneşti.

Dr. Toma Huszar

STUDIEREA MORBIDITĂŢII MUNCITORILOR PE BAZA INCAPACITĂŢII DE MUNCĂ ŞI PE CONTINGENTE DE BOLNAVI

M. S. Katenelenbaum. Din Institutul sanitar de cercetări ştiinţifice Erisman

Sovetskoe zdravoohranenie, 1955, nr. 5

In momentul de faţă, studierea morbidităţii muncitorilor pe zile şi cazuri de incapacitate de muncă „depersonalizat" nu poate fi socotită mulţumitoare, fiindcă nu ajută îndestul la aprecierea legăturii între factorii de mediu şi îmbolnăvirea persoanelor aparte. In legătură cu aceasta, mulţi autori cer ca baza studierii morbidităţii să fie, nu cazul de îmbolnăvire, ci bolnavul.

Institutul Erisman se ocupă de cîţiva ani de studierea morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă pe baza contingentelor de bolnavi şi pe baza cazurilor de îmbolnăvire.

In 1950—1952 a fost studiat un mare combinat de încălţăminte cu aceste două metode.

In ce priveşte metodica studierii, documentul de bază în această privinţă trebuie să fie fişa specială de evidenţă a incapacităţii temporare de muncă (fişa de semnalizare), care trebuie completată pentru fiecare muncitor, care a avut incapacitate temporară de muncă. In fişă trebuie introduse în ordine cronologică din certificate, toate cazurile de incapacitate temporară de muncă cu diagnosticul şi durata bolii. Pentru control, la sfîrşitul anului, datele sumare ale acestor fişe trebuie comparate cu datele sumare din certificate. La alcătuirea tabelelor, bolnavii sînt grupaţi pe vîrstă, sex, profesie, stagiu, atelier. Foarte atent trebuie calculat numărul mediu de muncitori, pe ani, în fiecare grupă.

Rezultatele analizei morbidităţii în fabrica cercetată sînt următoarele :

1. Morbiditatea între bărbaţi e mai mare decît între femei.

2. Pe grupe de vîrstă morbiditatea cea mai mare survine la muncitorii tineri pînă la 29 de ani (în fabrică, 56,4% dintre muncitori sînt tineri pînă la 29 de ani. Cazuri de boală ivite la tineri reprezintă 61,8%, pe zile 57,1%, iar pe contingente de bolnavi 66,1%, faţă de totalul pe fabrică).

Grupa de vîrstă 20—24 de ani dă indicii de morbiditate cei mai mari faţă de alte grupe.

Tinerii au o morbiditate mai ridicată în bolile : gripă, angină, traumatisme şi boli de piele. Aceasta înseamnă că în lupta pentru scăderea morbidităţii, atenţia principală trebuie dată muncitorilor tineri.

3. Fluctuaţia muncitorilor dintr-un atelier la altul nu a dat posibilitatea unei analize reale a morbidităţii pe stagiu şi ateliere.

4. Procentual, 45% dintre cazurile de incapacitate de muncă s-au datorit gripei şi anginei.

5. O mare importanţă are îmbinarea cazurilor de gripă, angină şi tonsilită la aceiaşi bolnavi, care reprezintă 23% din totalul cazurilor de incapacitate de muncă.

6. Studierea morbidităţii pe contingente de bolnavi dă posibilitatea analizei repetării bolilor la aceiaşi bolnavi. Aici, date medii

$$\left(\frac{\text{cazuri de incapacitate}}{\text{numărul bolnavilor}}\right)$$

au o mai mică importanţă, decît indicele diferenţiat pe boli, vîrstă şi pe ateliere.

7. In ce priveşte bolnavii cronici, prelucrarea fişelor de semnalizare a arătat că numai 8,6% dintre bolnavi au avut incapacitate de muncă din cauza bolilor cronice, iar 91,4% dintre bolnavi din cauza bolilor depistate la ei prima dată.

8. Are o importanţă practică problema muncitorilor care sînt bolnavi des (de cinci

sau de mai multe ori pe an). Analiza a arătat că aceşti bolnavi alcătuiesc 8% din toţi bolnavii şi dau 24% din cazurile de boală. Trebuie însă să adăugăm că 75% dintre aceşti bolnavi au pierdut capacitatea de muncă repetat, din cauza bolilor acute, şi numai 25% din cauza bolilor cronice.

9. Analiza condiţiilor de trai arată că muncitorii care locuiesc în afara oraşului au o morbiditate mai ridicată faţă de cei din oraş.

Cauzele sînt :

a) condiţiile de trai (mai ales transportul);

b) majoritatea sînt tineri ;

c) aceşti muncitori, în caz de boală acută primesc asistenţa medicală la domiciliu, ceea ce duce, între altele, la o prelungire a duratei medii a incapacităţii temporare de muncă (7,8 faţă de 6,6 zile pentru ceilalţi).

10. Analiza morbidităţii din această fabrică a arătat că în declanşarea îmbolnăvirilor au rol mai important factorii dinafară de producţie, decît cei din producţie.

Autorul propune că la toate S.M.S.-urile să fie introdusă această fişă de semnalizare, iar organele respective să găsească o formă unică pentru ea.

Dr. Toma Huszar

EXPERIENŢA RIDICĂRII CALIFICĂRII MEDICILOR ŞEFI (DIRECTORI) AI SPITALELOR (RAIONALE)

G. P. Michailicenko, şeful Secţiei sanitare regionale a regiunii Jitomir

Sovetskoe zdravoohranenie, 1955, nr. 5

Sarcinile spitalului pot fi îndeplinite numai în cazul cînd în fruntea lui este un medic priceput. Mai ales că medicul şef al spitalului, împreună cu şeful secţiei sanitare respective, răspund de organizarea asistenţei curativo-profilactice pe întreg raionul, inclusiv munca spitalelor de circumscripţie, a punctelor de felceri-moaşe, şi în problema dispensarizării şi educaţiei sanitare.

Spitalul raional este centrul organizator şi metodologic şi ia parte activă la ridicarea calificării medicilor şi a personalului mediu din circumscripţiile rurale.

Medicul şef al spitalului raional răspunde şi de activitatea financiară a spitalului : renovare la timp, utilaj, organizarea alimentării bolnavilor etc.

Pentru îndeplinirea cu succes a acestor sarcini multiple este nevoie ca organele superioare să asigure o permanentă perfecţionare a cunoştinţelor medicilor şefi. O formă bună în acest scop este alcătuirea şi susţinerea dării de seamă anuale. Înainte de sfîrşitul anului, cabinetul organizatorico-metodologic al spitalului regional pregăteşte un instructaj amănunţit pentru medicii şefi, despre felul cum trebuie analizată darea de seamă, cum trebuie prezentaţi indicii de calitate a muncii. Tot acest cabinet alcătuieşte o schemă de analiză a dării de seamă. După ce medicul şef al spitalului a predat darea de seamă, ea este analizată profund de cabinetul organizatorico-metodologic şi de specialiştii principali (fiecare în specialitatea lui). După aceasta, medicul şef al spitalului este chemat să susţină darea de seamă în faţa sfatului medical. La analiză asistă şi medicul şef al raionului, medicii şefi ai spitalelor de circumscripţie şi uneori şi specialiştii principali din raion. La susţinere sînt invitaţi şi medicii şefi ai spitalelor din alte raioane cu condiţii similare, pentru schimb de experienţă.

Medicul şef al spitalului citeşte partea descriptivă a raportului în faţa sfatului medical, analizînd indicii calitativi şi arătînd ce măsuri de îmbunătăţire prevede.

Apoi se discută activitatea spitalului şi se apreciază munca colectivului respectiv.

Aceste discuţii sînt foarte vii şi instructive.

O altă măsură de ridicarea calificării medicilor şefi de spital în problemele de planificare, finanţe şi statistică (în care ei sînt mai slabi), este organizarea de seminare de cîte două zile pe o problemă, cu ajutorul catedrei de organizare sanitară a Institutului de medicină din Kiev.

O şcoală bună pentru medicii şefi de regiuni sînt şedinţele sfatului medical regional, unde se discută activitatea unui raion sau a unei reţele, desigur cu pregătirea serioasă a acestei şedinţe.

In toate acţiunile secţiei sanitare regionale se colaborează strîns cu spitalul regional, care tot timpul dă un ajutor spitalelor raionale.

Pentru viitor, autorul propune :

1. Să fie organizate cursuri cu seminare de 10 zile anual pentru medicii şefi ai spitalelor raionale, în problemele de organizare sanitară.

2. Organizarea cursurilor de două luni pentru medicii şefi de spital la institutele de perfecţionare şi specializare.

Dr. Toma Huszar

SPITALUL ŞI PUNCTELE LUI DE SĂNĂTATE

A. Pap, S. Kaufman şi D. Zadiraka (Kiev)

Mediţinskii rabotnik nr. 96, din 25.XI.1955

Pentru a apropia asistenţa medicală calificată de muncitorii din întreprinderi, colectivul Spitalului nr. 4 a luat o serie de măsuri.

S-a organizat o examinare complexă a muncitorilor din raion, cu ajutorul unei brigăzi formate din : internist, neuropatolog, oto-rino-laringolog, chirurg, oculist, ginecolog, dermatolog. Inainte de a începe examinarea, medicii au luat parte la şedinţele din întreprinderi (de exemplu, şedinţa comitetului de întreprindere), au explicat prin radio şi prin presă rolul acestor examinări.

Afară de examinarea muncitorilor, membrii brigăzii au făcut cunoştinţă cu condiţiile de muncă din ateliere.

Fiecărui examinat i s-a făcut o fişă, cu observaţiile specialiştilor, datele de laborator şi radiologic şi cu propuneri.

Toţi examinaţii au fost împărţiţi în trei grupe :

1. bolnavi care au nevoie de o urmărire permanentă (bolile reumatice ale inimii, hipertensiunea, boala ulceroasă, tuberculoza pulmonară etc.);

2. bolnavi care nu cer urmărire permanentă (apendicită cronică, hernie etc.);

3. oameni sănătoşi.

Pentru fiecare bolnav s-a alcătuit un plan de dispensarizare.

Fiecare punct de sănătate avea un internist. Pentru asistenţă specializată, bolnavii trebuiau să se adreseze la policlinică, din care cauză pierdeau mult timp şi afară de asta medicii specialişti nu cunoşteau condiţiile de muncă ale bolnavilor. Pentru înlăturarea acestor deficienţe, la fiecare 2 puncte de sănătate au fost ataşaţi un chirurg, un oculist, un oto-rino-laringolog, un ginecolog, un neuropatolog şi un stomatolog. Aceştia lucrează de două ori pe săptămînă cîte 2—3 ore în punctele de sănătate (în schimb, cu atîta dau consultaţii mai puţin în policlinică). Prin aceasta s-au asigurat consultaţiile la locul de muncă, specialiştii, cunoscînd mai bine întreprinderile, pot da consultaţii mai calificate.

Examinări periodice se fac regulat pentru adolescenţi de 2 ori pe an ; muncitorii cu condiţii de muncă grele sînt examinaţi de 2—3 ori pe an ; toţi ceilalţi muncitori, o dată pe an.

Pentru deservirea bolnavilor depistaţi s-au luat unele măsuri ca : 14,5% dintre ei au fost trataţi în staţionar, 21% au făcut fizioterapie în policlinică ; 5,7% au fost trimişi la staţiuni balneo-climaterice ; funcţionează şi o cantină dietetică.

Medicii se ocupă şi de îmbunătăţirea condiţiilor sanitaro-igienice. De exemplu, oculistul a obţinut ochelari de protecţie pentru muncitori.

Muncitorii consultaţi la punctele de sănătate au cerut lărgirea şi utilarea mai bună a acestora, ceea ce s-a realizat din fondul directorilor de întreprinderi.

Cînd conducerea uzinelor a văzut, prin date demonstrative, cu cît a scăzut morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, mulţumită aducerii specialiştilor la întreprinderi, au dat tot concursul pentru îmbunătăţirea materială a punctelor de sănătate.

Colectivul lucrează pentru a găsi şi alte măsuri de apropierea asistenţei medicale de muncitori.

Dr. Toma Huszar

COMUNICARE

Şedinţa de analiza muncii pe anul 1955 a Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei

În zilele de 6—7 februarie 1956 a avut loc în Bucureşti şedinţa de analiza muncii pe anul 1955 a Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei.

La această şedinţă au luat parte colaboratorii ştiinţifici ai centrului, membrii catedrei de organizare sanitară şi istoria medicinei I.M.F. Bucureşti şi ai catedrei de organizare sanitară a Institutului de perfecţionare şi specializarea medicilor.

În prima parte a şedinţei au fost prezentate următoarele referate asupra cercetărilor ştiinţifice efectuate în cursul anului 1955:

I. PROBLEME DE ORGANIZARE A ASISTENŢEI MEDICALE CURATIVO-PROFILACTICE, ACORDATE PRIN SPITALUL UNIFICAT

1. Dr. RUSU RUTH : Rezultatele experimentării graficului ciclic de muncă al medicului consultant la Spitalul Tîrgovişte.
2. Dr. TÎRNĂVEANU B.: Cîteva consideraţii privind măsurile luate pentru îmbunătăţirea asistenţei medicale curativo-profilactice prin spitalul unificat, prin introducerea graficului ciclic.
3. Conf. GROSZ GEZA, conf. KELEMEN A. şi colab. : Studiul preliminar privind îmbunătăţirea organizării şi funcţionării spitalelor clinice.
4. Dr. TUDOR A.: Eliberarea certificatelor medicale de incapacitate temporară de muncă.
5. Dr. TUDOR A.: Darea de seamă a spitalului raional.

II. PROBLEME DE ORGANIZAREA SECTORULUI SANITARO-ANTIEPIDEMIC

1. Dr. CĂLOENESCU I.: Rezultatele preliminare ale experimentării sistemului de evidenţă şi raportare statistică a centrelor sanitaro-antiepidemice.

III. PROBLEME DE ORGANIZARE A DESERVIRII MEDICO-SANITARE A POPULAŢIEI DIN MEDIUL RURAL

1. Dr. STOENESCU V., dr. SIMA M., dr. ISĂCESCU GH.: Cercetări asupra organizării şi funcţionării spitalului raional.
2. Dr. BAD E., dr. TIMOIANU L.: Întocmirea şi experimentarea unui plan de lucru întocmit pe baza necesităţilor şi a posibilităţilor reale în spitalul de circumscripţie Balaci.
3. Dr. OLTEANU M., dr. TRIFAN I.: Întocmirea şi experimentarea unui plan de lucru pe baza necesităţilor şi posibilităţilor reale în circumscripţia Belitori.
4. Dr. BAD E., dr. TIMOIANU L.: Dispensarizarea muncitorilor din S.M.T.
5. Dr. BAD E., POPESCU GH.: Conţinutul muncii felcerului medical în mediul rural.
6. Prof. ILEA T., dr. BAD E., dr. OLTEANU M. şi VOICULESCU M. : Experimentarea utilizării fişei de consultaţii în activitatea circumscripţiei medico-sanitare rurale.

IV. PROBLEME DE ORGANIZAREA OCROTIRII SĂNĂTĂŢII MUNCITORILOR DIN ÎNTREPRINDERI

1. Dr. BĂNU E., conf. RAPOŢESCU S.: Forma organizatorică şi metodele de muncă ale punctului de sănătate de pe teritoriul spitalului unificat.

2. Prof. ILEA T., prof. MANU P., dr. CEVIANU N., dr. CHILIMĂN M., dr. HERŞCOVICI L., dr. LĂPUŞAN I. şi dr. NICULESCU T.: Rezultatele experimentării dispensarizării muncitorilor dintr-o întreprindere metalurgică din Bucureşti.
3. Dr. PEREŢIANU D., VOICULESCU M.: Organizarea şi funcţionarea unui S.M.S. într-un bazin forestier.
4. Dr. PEREŢIANU D.: Asistenţa medico-sanitară în întreprinderile extractive petrolifere.

V. PROBLEME DE ISTORIA MEDICINEI

1. Dr. BRĂTESCU GH., dr. MANOLIU V.: Condiţiile igienico-sanitare din ateliere şi manufacturi pînă la Unirea Principatelor.
2. Dr. BRĂTESCU GH., dr. GROS GEZA: Tradiţii democrate şi revoluţionare ale medicinei romîne (legăturile lui N. Zubcu-Codreanu cu studenţii medicinişti din Bucureşti).
3. Dr. BARBU GH.: Începuturile învăţămîntului medical în Moldova (şcoala de chirurgie a dr. Negură).
4. Dr. MANOLIU V.: Un aspect inedit din ecourile revoluţiei ruse din 1905 în ţara noastră.

VI. PROBLEME DE STATISTICĂ SANITARĂ

1. Dr. LĂPUŞAN I., GEORGESCU E., ZAMFIR GH. şi CIOCHIA D.: Normele de activitate din spitalul unificat.
2. Dr. NĂSTASE-CERNĂTESCU L.: Fişa individuală de consultaţii.
3. DUMITRESCU A.: Problema anchetelor demografice ca metodă de cunoaştere ştiinţifică a mişcării naturale a populaţiei în corelaţie cu condiţiile economico-sociale şi sanitare.
4. Prezentarea referatelor a fost urmată de discuţii.

În partea a doua a şedinţei, directorul centrului, prof. Teodor Ilea, a prezentat darea de seamă a direcţiei.

Cu acest prilej a fost prezentat un referat redactat de colectivul de conducere al centrului privind problema „organizatorului sanitar".

Könyvtár
TULAJDONA

E R A T A

Pag.	Rînd	In loc de	Se va citi	Din vina
122	3 de sus	1254	1322	Editurii
„	6 „ „	809	890	„
„	8 „ „	980	978	„
„	9 „ „	780	768	„

Tabelul nr. 2, pag. 122

Cifrele din coloana Neînreg. la C. A. D. se vor trece la coloana Neînreg. la I. C. S. şi inversat.

Revista „Ocrotirea Sănătăţii" în R. P. R. nr. 2|1956

E 1742

KAT

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN R P R

Institut. de Documentare Tehnică
BUCUREȘTI
BNEH - CSERE
VYMENA - WYMIANA
TAUSCH - СМЕНА

3

IULIE — SEPTEMBRIE 1956

EM

COLEGIUL DE REDACȚIE

Redactor responsabil: Prof. ILEA THEODOR
Secretar de redacție: Dr. PESCARU ALEXANDRU

Membrii colegiului:

Dr. M. ANCUȘA (Timișoara), dr. V. BILIC, prof. V. BOLOGA (Cluj), dr. AL. CIUCĂ (Timișoara), dr. GH. CONSTANTINESCU, dr. V. COROIU, dr. V. DUMITRESCU, conf. GEZA GROSZ, conf. I. GHELERTER, prof. L. GROM, dr. Z. KARACSONI (Cluj), conf. KOLUMBAN MOISE (Tg. Mureș), dr. I. MATACHE, dr. MIRCEA MONA, dr. C. PIRLOG, dr. V. PRODESCU, conf. P. PRUTEANU (Iași), dr. S. RAPOȚESCU, dr. B. TIRNĂVEANU, dr. D. UNGUREANU (Belcești, Reg. Iași), conf. GH. ZAHARIADE

EDITURA MEDICALĂ
Str. Aristide Briand, nr. 7
București.

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII
IN R. P. R.

REVISTĂ A SOCIETĂȚII ȘTIINȚELOR MEDICALE

Redacția și administrația: Str. Aristide Briand nr. 7 — telefon: 3.61.06

Anul VI iulie 3 septembrie 1956

SUMAR

Pag.

Conf. VOINEA MARINESCU — Principalele probleme de ocrotire a sănătății dezbătute la conferința internațională de la Kryniță — R.P. Polonă 195

* * * — Medicul organizator al ocrotirii sănătății 200

Prof. T. ILEA, prof. P. MANU, dr. M. CHILIMAN, dr. I. LĂPUȘAN, dr. L. HERȘCOVICI, dr. N. CESIANU, dr. T. NICULESCU — Dispensarizarea muncitorilor de la o întreprindere metalurgică din București 208

Dr. GH. ILIESCU — Unele probleme în legătură cu arondarea și organizarea circumscripțiilor sanitare rurale 223

Dr. A. MINCU, sora VALERIA STOIAN — Probleme de epidemiologie în combaterea sifilisului florid 229

Dr. V. IVANOV, dr. ST. MANȚU, ST. STERIADE — Importanța cunoașterii interesului populației pentru problemele de ocrotire a sănătății publice în vederea orientării acțiunilor educativ-sanitare . . . 233

Prof. A. GARTNER, dr. A. KELEMEN, dr. V. BRATU — Probleme privind elaborarea unui sistem de specializare a medicilor din R.P.R 236

PROBLEME DE STATISTICĂ MEDICO-SANITARĂ

Conf. P. MUREȘAN — Metodologia analizei stării de sănătate a populației la nivelul unei secții sanitare regionale 246

Dr. I. LĂPUȘAN — Prelucrarea și gruparea în studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă 257

PROBLEME DE ISTORIA MEDICINEI ȘI A OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

Dr. G. BRĂTESCU — Critica organizării sanitare din Romînia burghezo-moșierească în lucrările lui Șt. Stincă 271

D. BERINDEI — Despre relațiile dintre Carol Davila și Mihail Kogălniceanu 275

Dr. S. IZSAK — Date privitoare la prima carte românească de medicină tipărită de un medic romîn 280

LISTA LUCRĂRILOR NOU APĂRUTE

Principalele probleme de ocrotire a sănătății dezbătute la conferința internațională de la Kryniţa - R. P. Polonă

Conf. Voinea Marinescu
Ministrul Sănătății

Conferința internațională de la Kryniţa, R. P. Polonă, care a avut loc în zilele de 5—10 aprilie a. c., cu participarea delegațiilor conduse de miniștrii sănătății din 11 state, a avut ca scop un schimb de experiență și informații reciproce asupra formelor organizatorice și rezultatelor obținute de fiecare din țările participante în domeniul ocrotirii sănătății.

Din referatele prezentate au reieșit în mod evident sarcinile importante care au stat în fața popoarelor lagărului socialist în perioada de după cel de-al doilea război mondial. S-au făcut îndeosebi remarcate greutățile mari pe care le-au întîmpinat țările de democrație populară și în domeniul ocrotirii sănătății, ca urmare a moștenirii lăsate de regimurile exploatatoare din trecut și a distrugerilor provocate de război. Epidemii întinse, frecvente boli cu extindere în masă, mortalitate generală și infantilă ridicată pe de o parte, o rețea de instituții medicale redusă, un număr de cadre insuficient și un sistem de deservire medicală bazat pe medicina particulară pe de altă parte, iată aspectul sumbru pe care îl prezenta sănătatea publică în acea perioadă și problemele importante și numeroase pe care le crea.

Țările de democrație populară din Asia bîntuite de mari flagele sociale (ciumă, holeră, lepră, trahom) prezentau aproape o situație dezastruoasă.

In referatele prezentate la această conferință s-au subliniat eforturile depuse de țările participante pentru remedierea acestei situații, pentru ameliorarea profilului morbidității și a indicilor demografici. In dezbaterile care au urmat pe baza datelor comparative și a comparării sistemelor și formelor organizatorice, s-au căutat noi soluții practice pentru rezolvarea principalelor probleme de ocrotire a sănătății.

A trebuit să fie menționat, ca linie de plecare, că ridicarea nivelului material și cultural, noul standard economic realizat a dus la îmbunătățirea stării de sănătate a populației în toate țările de democrație populară.

Studiind comparativ indicii demografici din U.R.S.S. și țările de democrație populară din Europa, reiese că după cel de-al doilea război mondial nivelul mortalității generale a scăzut simțitor, indicii ultimilor 2 ani variind între 8,9 și 10,4‰ cea mai scăzută mortalitate generală înregistrîndu-se în U.R.S.S. și Bulgaria, R. P. Romînă, prezentînd un indice de 9,6‰ în 1955 — o cifră mulțumitoare, dacă o comparăm cu 19,1‰ cît era în 1938.

Mortalitatea infantilă de asemenea prezintă scăderi impresionante, variind între 3,4% în Cehoslovacia şi 9% în Bulgaria şi Polonia, iar în R.P.R. 7,8% faţă de 17,9% cît era în 1938.

Natalitatea variază între 20,2‰ în Cehoslovacia şi 29,1‰ în Polonia, R.P.R. situîndu-se la un nivel mijlociu (25,4‰), iar excedentul natural ca urmare a denivelării indicilor de mai sus atinge 10,6‰ în Cehoslovacia, 15,8‰ în R.P.R. şi 18,7‰ în Polonia.

Profilul morbidităţii privit comparativ între 6 ţări de democraţie populară europene (R.P.R., R.P.B., Republica Cehoslovacă, Republica Democrată Germană, R. P. Polonă şi Republica Populară Ungară) remarcă ca vîrf de morbiditate tuberculoza, deşi sînt evidente succesele obţinute în scăderea mai ales a mortalităţii. Dacă morbiditatea mai creşcută prin tuberculoză este arătată de indicele 376,9‰ în Republica Populară Romînă faţă de 199,0‰ în Cehoslovacia, mortalitatea de 44‰ ne situează înaintea Republicii Populare Polone cu 63,2‰.

Mortalitatea prin cancer ne situează în proporţie mai favorabilă faţă de alte ţări, deşi cifra de 68,8‰ arată o tendinţă continuă de creştere. De asemenea, tendinţa aceasta de creştere caracterizează şi capitolul bolilor cardio-vasculare care în ţara noastră constituie vîrf de morbiditate şi ocupă primul loc în structura cauzelor de deces.

Hepatita epidemică este în general în creştere, ca şi poliomielita care în ultimii ani a dat cazuri frecvente, spre deosebire de tifosul exantematic şi malaria, boli care merg spre lichidare definitivă.

Condiţiile încă nesatisfăcătoare igienico-sanitare şi în special aprovizionarea cu apă potabilă şi salubrizarea defectuoasă au determinat o potenţialitate epidemică permanentă, de unde nivelul încă nesatisfăcător al morbidităţii în febră tifoidă. În ţările asiatice, bolile transmisibile şi cu extindere în masă, prin frecvenţa lor şi prin lipsa arsenalului de combatere, constituie încă importante probleme de sănătate.

Din studierea comparativă a acestor date a reieşit ca sarcină pentru ţara noastră o preocupare deosebită în combaterea mortalităţii infantile pentru continua reducere a indicelui încă ridicat, în scăderea morbidităţii şi mortalităţii prin tuberculoză, hepatită epidemică, boli cu poartă de intrare gastro-intestinală şi mai ales prin boli cardio-vasculare şi cancer, boli cu vîrf de morbiditate şi cu tendinţă de creştere.

Condiţiile economice variate ale diverselor ţări şi-au spus cuvîntul în asigurarea bazei materiale în sistemul de ocrotire a sănătăţii. Grija deosebită şi eforturile permanente ale regimurilor de democraţie populară pentru salvgardarea sănătăţii publice se oglindesc în rezultatele frumoase obţinute pe această linie. Creşterea generală a numărului de instituţii medicale şi dotarea lor cu tot necesarul s-a făcut mai evidentă în Republica Cehoslovacă şi R. P. Bulgaria. Cei mai buni indici la asigurarea cu paturi o are R.D. Germană, R. Cehoslovacă şi U.R.S.S. (11,2‰ locuri). R.P.R. are 5,4‰, iar R.P. Bulgaria şi R.P. Polonă prezintă un indice de 4,8‰. La asigurarea cu cadre, U.R.S.S. şi R. Cehoslovacă sînt fruntaşe (în medie la 700 respectiv 718 locuitori), R.P.R. (în medie, la 820 locuitori), iar situaţia cea mai nefavorabilă (în medie la 1 515 locuitori) ne-o prezintă R. P. Polonă (62% medici ucişi de fascişti). Cu excepţia Republicii Cehoslovace care are un indice mulţumitor, acoperirea cu cadre medii este în toate ţările de democraţie populară deficitară.

Condiţiile economico-sociale noi arată că sistemul asigurărilor sociale

de stat şi dezvoltarea ocrotirii sănătăţii au permis lărgirea deservirii medicale accesibile, calificate şi gratuite. Merită menţionat sistemul de acordare a asistenţei medicale diferit în funcţie de condiţiile specifice fiecărei ţări. Un exemplu: pentru bolnavii ambulatori în R.P.R., în afară de categoriile de exceptaţi (pensionari, copii, elevi, studenţi, bolnavi tbc., boli sociale etc.), medicamentele se acordă contra cost, în R. P. Polonă cu o reducere de 70%, în R. P. Ungară cu 85%, iar în R.D.G. complet gratuit.

Condiţiile specifice fiecărei ţări au impus în aplicarea principiilor socialiste de ocrotire a sănătăţii metode variate, formule organizatorice diferite. Totuşi în toate ţările de democraţie populară asigurarea asistenţei medicale ambulatorii în mediul urban se bazează pe principiul circumscripţiei teritoriale. Organizarea circumscripţiei orăşeneşti variază în diferite ţări, în funcţie de aplicarea unificării spitalelor cu policlinicile — R.P.R. şi R.P.B. sînt singurele ţări care au aplicat unificarea după forma sovietică.

Asigurarea medicală pe circumscripţii variază de asemenea, astfel în R.P.B. o circumscripţie este arondată în medie la 5 600 de locuitori, în R.P.R. la 8 000 de locuitori, iar în R.D.G. şi R.P.U. la 2 000 — 4 000 locuitori. Populaţia urbană în R.P.B. este deservită de un număr mai mic de specialişti.

Asistenţa medicală de specialitate s-a dezvoltat în toate ţările de democraţie populară, însă pe alocuri în mod necorespunzător, chiar pentru specialităţile de bază. In R. Cehoslovacă, datorită bunelor căi de comunicaţie, s-au putut crea spitale puternice de 1 000 — 3 000 de paturi în mediul urban şi spitale interraionale de 1 000 de paturi, nefiind necesară crearea de spitale în toate raioanele. In structura unui astfel de spital intră toate unităţile spitaliceşti şi ambulatorii de specialitate. La noi, spre deosebire de R. Cehoslovacă, R. P. Polonă, R.P.U., R.D.G., normativele de cadre medicale sînt mai largi, în schimb însă în ţările sus-menţionate, asigurarea cu cadre medii este mult mai bună decît în ţara noastră. In toate ţările de democraţie populară, asistenţa preferenţială a muncitorilor din întreprinderi a constituit o preocupare de seamă; unităţi medico-sanitare la locul de muncă au fost create peste tot.

Linia generală de asigurare a asistenţei medicale este de deservirea bolnavului după locul de domiciliu.

Eliberarea certificatului de concediu medical prezintă în general un cadru mai larg decît la noi. Astfel, în R.P.U medicul de întreprindere (S.M.S.) poate acorda numai prima zi de concediu, restul de 10 zile îl dă medicul de domiciliu, în R.D.G. au dreptul de acordare a concediului medical toţi medicii, chiar şi cei particulari, iar în R. Cehoslovacă medicul poate acorda concediu medical fără limită.

Din analiza situaţiei asistenţei medicale în R.P.R. în mediul urban s-au remarcat o serie de lipsuri, pentru a căror lichidare este necesar să fie puse în discuţie următoarele probleme: dezvoltarea bazei materiale, comasarea unităţilor curativo-profilactice într-o unitate unică, acolo unde este posibil, îmbunătăţirea accesibilităţii populaţiei la asistenţă medicală în oraşe, dezvoltarea treptată a unor specialităţi ca stomatologie, neuropsihiatrie, oto-rino-laringologie, revizuirea normării cu cadre, discutarea celei mai bune forme de asistenţă medicală a muncitorilor (după locul de muncă sau domiciliu).

Forme organizatorice diferite, în funcţie de particularităţile social-economice ale satelor, are şi asistenţa medicală în mediul rural. Peste tot se merge pe linia circumscripţiei rurale deservite de un medic şi cîteva cadre medii. In R.P.B. şi în R. Cehoslovacă sînt cazuri în care circumscripţia este deservită de un ambulator cu 2—3 medici. Numărul populaţiei circumscripţiei rurale variază între 3 500 (R.P.U.), 4 000 (R. Cehoslovacă), 8 000 — 10 000 cu 2 medici în R. P. Bulgaria, şi chiar 20 000 în R. P. Polonă. Asistenţa de specialitate în mediul rural se asigură prin centrele raionale. Aşa cum am amintit, în R.P.R. şi R.P.B. s-a mers pe linia creării de spitale mici rurale (10—35 paturi), în R.P.U. nu se construiesc spitale de circumscripţie, iar în R. .Cehoslovacă nici măcar în toate raioanele.

Pentru mediul rural, în actualele condiţii, se ridică în R.P.R. următoarele probleme: completarea urgentă a circumscripţiilor rurale vacante şi îmbunătăţirea încadrării cu personal mediu sanitar, posibilitatea reorganizării circumscripţiei medicale rurale tinzînd la deservirea cu doi sau mai mulţi medici, dezvoltarea în timp a spitalelor raionale şi continuarea organizării centrelor metodologice regionale în cadrul spitalelor orăşeneşti.

Problema ocrotirii mamei şi copilului s-a bucurat de o deosebită atenţie în toate ţările de democraţie populară. S-a îmbunătăţit luarea în evidenţă şi dispensarizarea gravidelor, asistenţa la naştere şi naşterile în unităţile spitaliceşti.

In R.P.R., R.P. Polonă, R.P. Bulgaria şi R.P.U. s-au creat case de naştere la nivelul circumscripţiei rurale. In R. Cehoslovacă acestea se organizează la nivelul centrului raional, de obicei ca secţie în spital.

Se creează necesitatea măririi numărului de case de naştere din mediul rural şi mai ales al paturilor de creşe, în ţara noastră numărul de paturi existent neputînd deservi decît 4% din totalul copiilor între 0 şi 3 ani din oraşe.

Lupta contra tuberculozei a căpătat conţinut prin mărirea numărului de paturi în spitale şi sanatorii de tuberculoză şi prin dezvoltarea reţelei de dispensare antituberculoase.

Cu toate acestea, faţă de morbiditatea crescută şi mortalitatea ridicată, numărul de paturi este insuficient; de aci rezultă imposibilitatea de izolare pe timp suficient a bolnavilor baciliferi.

Intr-o mare măsură, a contribuit la reducerea morbidităţii generale şi, în special, a bolilor transmisibile crearea puternicelor reţele sanitaro-antiepidemice. Laboratoarele considerate elementele de bază în structura acestei reţele s-au dezvoltat în mod deosebit, asigurîndu-se cu cadre tehnice de specialitate. In U.R.S.S., R.P.R. şi R.P. Bulgaria, ţări în care un timp reţelele sanitaro-antiepidemice şi inspecţia sanitară de stat au fost separate, în toate celelalte ţări de la început au fost unificate şi menţinute ca atare. Linia de dezvoltare a sanepidurilor în majoritatea ţărilor este de a crea puternice sanepiduri regionale bine dotate cu mijloace de transport care pot servi adesea drept filiale ale institutului de igienă. Sanepiduri raionale există în toate ţările de democraţie populară, însă ele nu se creează în mod mecanic. Menţionăm că în toate ţările se remarcă o tendinţă de fugă a cadrelor medicale din această reţea. In scopul menţinerii şi atragerii cadrelor în acest sector în R. Cehoslovacă, R. P. Un-

gară, R. P. Polonă şi R. P. Bulgaria, medicii igienişti şi epidemiologi au o salarizare mai bună decît cei din reţeaua curativo-profilactică.

Pentru ridicarea activităţii antiepidemice, în R. Cehoslovacă şi R.P. Ungaria se produc vaccinuri purificate şi concentrare. In U.R.S.S. s-a introdus vaccinul antigripal, antibrucelic şi se aplică pe scară întinsă γ -globulinele. Pentru întărirea activităţii ştiinţifice, în toate ţările de democraţie populară există institute de igienă generală, iar în R. Cehoslovacă, R. P. Ungară, R. P. Polonă există institute de alimentaţie, igiena muncii, microbiologie, epidemiologie.

Din lipsurile constatate, s-a impus în R.P.R. preocuparea atentă pe următoarele linii: întărirea bazei materiale a sanepidurilor şi acoperirea cu cadre de tehnicieni, îmbunătăţirea salarizării medicilor din această reţea, înfiinţarea reţelei DDD, crearea de secţii de virusologie la unele centre regionale.

Organizarea reţelei de educaţie sanitară şi formarea activiştilor GPAS este asemănătoare în toate ţările.

In toate ţările de democraţie populară, în anii de după război a crescut numărul de cadre medicale şi medii sanitare. Aceasta a fost posibil datorită înfiinţării a numeroase institute şi facultăţi de medicină.

Institutele aparţin Ministerului Sănătăţii cu excepţia R. Cehoslovace unde aparţin Ministerului Invăţămîntului. Discuţiile purtate au confirmat justeţea liniei Ministerului Sănătăţii de desfiinţare a Facultăţii de igienă. S-a subliniat necesitatea reducerii numărului excesiv de mare de ore la disciplinele nemedicale şi întăririi învăţămîntului practic. Introducerea în viitor a celor doi ani de stagiu pentru tinerii absolvenţi în R.P.R. constituie o măsură de îmbunătăţire a pregătirii cadrelor medicale. In R.P. Ungară şi R. Cehoslovacă, absolvenţii lucrează un an în clinici înainte de repartizare în mediul urban sau rural.

Sistemul de specializare şi perfecţionare variază. Astfel, în R.P. Polonă, R.P. Bulgaria, R.D.G. şi U.R.S.S. există institute de perfecţionare şi specializare. In R. P. Ungară şi R. Cehoslovacă, specializarea se face printr-un stagiu îndelungat în clinici după care urmează examen şi atestare. Salarizarea este de asemenea diferită. In R. Cehoslovacă şi R.P. Ungară, medicii din policlinici au o salarizare mai bună comparată cu cea a medicilor din staţionar. O problemă luată în discuţie este cea a şcolarităţii cadrelor medii, dovedindu-se în unele ţări că pregătirea lor este insuficientă. Pentru acoperirea cu cadre medicale a mediului rural, s-a pus în discuţie salarizarea preferenţială a acestor cadre.

Problemele ridicate şi date în rezolvare s-ar putea rezuma astfel:

Creşterea numărului de cadre medii, revizuirea tipurilor şi formelor de învăţămînt, pregătirea şi utilizarea felcerului, necesitatea surorii de ocrotire în mediul rural, întărirea bazei materiale a institutelor de învăţămînt, revizuirea sistemului de specializare şi perfecţionare a medicilor în legătură cu institutele de cercetări ştiinţifice, salarizarea preferenţială a igieniştilor, organizatorilor sanitari şi a unor medici de circumscripţie rurală cu condiţii grele de muncă.

In fine, trebuie subliniat că organele de conducere ale ocrotirii sănătăţii aparţin în general în toate ţările de democraţie populară unui organ tehnic central unic al Ministerului Sănătăţii. In R.P. Bulgaria şi R.P. Ungaria există ministere ale sănătăţii şi prevederilor sociale.

In U.R.S.S., în timp ce există tendinţa de a trece Ministerului Sănă-

tăţii reţelele sanitare ale unor departamente (C.F.), în R. Cehoslovacă de curînd Ministerul Sănătăţii a predat Ministerului Transporturilor reţeaua respectivă. In toate ţările există secţii sanitare ale organelor locale ale puterii de stat, în regiuni, raioane, oraşe, iar aparatul lor este în genere mai redus decît la noi.

Problemele care s-au pus în discuţie pentru R.P.R. au fost următoarele: simplificarea aparatului de conducere şi crearea unităţilor metodologice regionale şi raionale şi pregătirea specialiştilor în organizarea sanitară.

Delegaţia R.P.R. a prezentat un referat bine documentat atît în ce priveşte analiza stării de sănătate, cît şi a formelor organizatorice utilizate, referat apreciat de participanţii la şedinţă.

Referatul, analizînd critic principalele probleme de sănătate şi subliniind rezultatele pozitive obţinute în domeniul ocrotirii sănătăţii într-un timp relativ scurt, a impresionat în mod deosebit de favorabil pe participanţii la conferinţă.

Conferinţa a permis să ne întărim convingerea că în general linia de dezvoltare a ocrotirii sănătăţii din ţara noastră a fost justă. Experienţa acumulată va fi valorificată cu discernămînt, ţinînd seama permanent de nevoi, posibilităţi şi condiţiile specifice ţării noastre.

Pe linia perspectivei pe care această conferinţă a deschis-o colaborării rodnice între ţările lagărului socialist, s-a arătat necesitatea realizării unui schimb de experienţă mai activ şi mai organizat pentru care s-au propus: organizarea în 1957 a unei consfătuiri similare la Bucureşti, organizarea unor simpozioane pe anumite probleme de ocrotirea sănătăţii, încheierea pe anumite termene a unor convenţii bilaterale de colaborare reciprocă şi modalitatea participării cît mai largi la congresele şi societăţile medicale ştiinţifice internaţionale.

Climatul favorabil care a caracterizat această conferinţă, referatele bogate şi utile şi dezbaterile vii şi rodnice, ne permit să tragem concluzia că conferinţa de la Kryniţa a însemnat o deosebit de valoroasă piatră de temelie pentru îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei ţărilor din lagărul socialist.

---

*Medicul organizator al ocrotirii sănătăţii**

Ocrotirea sănătăţii oamenilor muncii în Republica Populară Romînă face parte integrantă din opera de construire a socialismului.

Adevărata grijă pentru ocrotirea sănătăţii poporului şi realizarea ei concretă este posibilă, după cum dovedeşte experienţa Uniunii Sovietice şi a ţărilor de democraţie populară, numai după lichidarea exploatării omului şi trecerii puterii în mîinile celor ce muncesc.

---

* Problema medicului organizator al ocrotirii sănătăţii preocupă în ultimul timp cercurile largi medicale. Discuţii pe această temă s-au dus în cadrul diferitelor colective şi în coloanele ziarului „Muncitorul Sanitar". Articolul de faţă reprezintă punctul de vedere în această problemă, al unui colectiv alcătuit din cadrele Institutului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi Istoria medicinei şi ale catedrelor de organizare sanitară I.M.F. şi I.P.S.M.F. Bucureşti.

In aceste condiţii, se dezvoltă un adevărat sistem de stat al ocrotirii sănătăţii, care poate fi definit ca: „Sistemul socialist al măsurilor de stat şi obşteşti, care urmăreşte dezvoltarea multilaterală a forţelor fizice şi spirituale ale tuturor membrilor societăţii, asigurarea condiţiilor sănătoase de muncă şi viaţă, înalta productivitate a muncii şi prelungirea vieţii, prevenirea, tratarea şi lichidarea bolilor" (Marea enciclopedie sovietică, ed. rusă 2, vol. 16, p. 537).

Noile condiţii au impus necesitatea de a orienta just acţiunile de ocrotire a sănătăţii în diferitele etape de dezvoltare a statului socialist pe bazele elaborate de o nouă disciplină ştiinţifică: ştiinţa organizării ocrotirii sănătăţii publice.

Această ştiinţă se ocupă cu analiza legilor care stabilesc relaţia dintre starea de sănătate şi condiţiile sociale, ea studiază principiile de ocrotire a sănătăţii pe baza analizei dezvoltării istorice a acesteia şi elaborează formele şi măsurile practice de organizare, în funcţie de starea de sănătate a populaţiei şi etapa de dezvoltare a statului.

Importanţa deosebită a ştiinţei organizării sanitare constă în faptul că ea fundamentează teoretic politica sanitară a statului pe baza învăţăturii marxist-leniniste şi a concepţiilor materialiste în biologie şi medicină. Această ştiinţă are un rol important şi în educarea profesională şi politico-ideologică a cadrelor medicale.

Ştiinţa organizării ocrotirii sănătăţii îl înarmează pe medic cu cunoştinţele teoretice şi practice necesare pentru noul său rol, pe care orice medic trebuie să-l aibă într-un sistem real de ocrotire a sănătăţii publice, adică acela de organizator al ocrotirii sănătăţii la locul său de muncă.

Este clar că orice medic, indiferent de specialitatea pe care o are, foloseşte în activitatea lui zilnică, pe scară din ce în ce mai largă, şi o serie de măsuri de organizare sanitară. El nu este însă, şi nici nu este necesar să fie, specialist în organizare sanitară. Volumul ce-l ocupă metodele organizatorice în munca medicului specialist şi care imprimă activităţii sale un caracter profilactic, variază în raport cu specialitatea, cît şi cu funcţia pe care acesta o deţine în reţeaua medico-sanitară. Chiar medicul director al unui spital de specialitate nu trebuie să fie un specialist în organizarea ocrotirii sănătăţii, ci un bun specialist obstetrician-ginecolog, dermato-venerolog, igienist sau ftiziolog. El trebuie să cunoască însă principiile şi metodele de organizare sanitară adaptate specialităţii respective, pentru a putea lua măsurile organizatorice cele mai potrivite în vederea preîntîmpinării bolilor, pe baza cunoaşterii condiţiilor care determină îmbolnăvirile.

Există însă funcţii în care problemele de ocrotire a sănătăţii publice iau o astfel de amploare, încît imprimă întregii activităţi un caracter deosebit, diferit de oricare altă specialitate medicală, funcţii în care medicul nu poate să rezolve cu competinţa necesară problemele ce i se pun în faţă, decît avînd ca specialitate de bază pe aceea de organizator de sănătate publică.

După aprecierea noastră, aceste funcţii sînt următoarele:

— medicii directori ai spitalelor raionale, orăşeneşti şi regionale;
— medicii directori adjuncţi de policlinică ai acestor unităţi;
— medicii directori ai SMS de întreprindere sau mari şantiere;
— locţiitorii medicului-şef de regiune;
— medicii-şefi de raion, oraş şi regiune;

— medicii organizatori din aparatul central al Ministerului Sănătății, din direcțiile: curativo-profilactică (sector urban, rural), șantiere și întreprinderi, statistică, planificare, muncă și salarii, asistența medicală curativo-profilactică a mamei și copilului;
— medicii organizatori sanitari în serviciile sanitare ale altor ministere sau departamente: MFA, MAI, CFR, CCS, CSP, Crucea Roșie a R.P.R., CCARM;
— medicii organizatori de sănătate din institutele de cercetare științifică de profil și de la catedrele de organizare sanitară din I.M.F. și I.P.S.M.

Apreciem că numărul acestor funcții este de aproximativ 500.

★

In sfera de activitate a unui medic organizator de sănătate intră următoarele categorii de probleme:

a) Probleme legate de elaborarea și fundamentarea principiilor, formelor organizatorice, precum și a metodelor de lucru în ocrotirea sănătății. Această sarcină precumpănește în activitatea specialiștilor care lucrează în cadrul institutului, a catedrelor de organizare sanitară și în aparatul central.

b) Problemele legate de dezvoltarea planico-proporțională a diferitelor sectoare și rețele într-o etapă dată, în funcție de cerințele și posibilitățile reale.

c) Problema politicii de cadre, adică selecționarea, pregătirea și promovarea cadrelor.

d) Studiul stării de sănătate a populației și analiza eficienței activității medico-sanitare.

e) Probleme de igienă și epidemiologie: cunoașterea factorilor de mediu care influențează starea de sănătate a populației și măsurile necesare pentru prevenirea și combaterea bolilor.

f) Problemele de legislație sanitară, elaborarea normativelor de organizare și funcționare, a regulamentelor, ordinelor, ordonanțelor etc.

g) Problemele de planificare sanitară (planificarea activității sanitare, planul forțelor de muncă și salarii, planul de aprovizionare, planul financiar etc.).

h) Problemele de educație sanitară și de antrenare a maselor largi în apărarea propriei lor sănătăți și a sănătății colectivității.

i) Probleme legate de condițiile de muncă și de trai al muncitorilor din sectorul medico-sanitar (sisteme de salarizare, protecția muncii, morbiditate specifică etc.).

Prin urmare, se impune ca funcțiile de medic organizator de sănătate să fie ocupate de specialiști în acest domeniu. Numai ei vor putea diagnostica starea de sănătate a populației în corelație cu condițiile de muncă și de trai, vor fi în stare de a sezisa și a scoate în evidență problemele esențiale și specifice unui teritoriu, vor putea determina nevoile sanitare ale populației și vor putea folosi și conduce colectivele de medici de specialități diferite. Numai un specialist va putea planifica, organiza și îndruma cu competință acțiunea de ocrotire a sănătății publice și va putea verifica eficiența muncii în acest domeniu de activitate.

★

In noile condiţii, organizarea ocrotirii sănătăţii s-a afirmat şi în patria noastră ca ştiinţă. Pentru a asigura fundamentarea ştiinţifică a măsurilor de ocrotire a sănătăţii şi a lichida empirismul, pentru familiarizarea viitorilor medici cu problemele de organizare sanitară şi pentru a pregăti cadre de specialitate în acest domeniu, au luat fiinţă: centrul de organizare sanitară şi istoria medicinei, precum şi catedrele de organizare sanitară şi istoria medicinei la I.M.F. şi la I.P.S.M.

De asemenea, în cursul anilor a fost pregătit prin diferite metode un număr de organizatori de sănătate publică.

Aceste măsuri nu s-au dovedit însă suficiente pentru rezolvarea problemelor de sănătate publică, care reclamă din ce în ce mai multă competinţă, specialişti din ce în ce mai calificaţi cu temeinice cunoştinţe teoretice şi practice în organizarea sanitară şi cu o cultură medicală aleasă, cadre cu un nivel ideologic şi politic ridicat. Numai astfel de specialişti se vor orienta just în complexitatea problemelor pe care le ridică ocrotirea sănătăţii publice, prezentînd totodată garanţia că vor reuşi să rezolve cu competinţă necesară şi la nivelul cerut problemele legate de ocrotirea sănătăţii oamenilor muncii.

In Uniunea Sovietică, acest lucru a fost de mult recunoscut. Imediat după revoluţie, a luat fiinţă un nucleu de organizatori sanitari care a iniţiat şi a creat bazele sistemului socialist de ocrotire a sănătăţii, contribuind astfel la obţinerea importantelor succese în apărarea sănătăţii populaţiei din U.R.S.S. In Uniunea Sovietică organizarea sanitară, pe lîngă faptul că se predă tuturor cadrelor medicale, este şi o specialitate recunoscută a medicinei. Aceşti specialişti se pregătesc, atît pe linia institutelor de perfecţionare a medicilor, cît şi prin aspirantură. In U.R.S.S. există un număr important de specialişti în organizare sanitară. In cursul anului 1955, a avut loc o consfătuire pentru discutarea diferitelor probleme actuale de organizare sanitară, cu participarea a peste 800 de organizatori sanitari.

Chiar în ţările capitaliste s-a simţit necesitatea existenţei unui număr de medici specialişti în organizarea sanitară (administraţia sanitară). Bineînţeles că bazele teoretice şi modul de rezolvare a problemelor legate de sănătatea publică sînt cu totul diferite în aceste ţări, în comparaţie cu ţările lagărului socialist. Menţionăm doar faptul că organizarea sanitară este recunoscută ca o specialitate medicală în foarte multe ţări.

In S.U.A., unde mai mult decît în alte ţări instituţiile medicale sînt în număr foarte mare în mîini particulare, statul a simţit totuşi nevoia de a crea un corp de organizatori de sănătate publică. Această specialitate a fost recunoscută în S.U.A. în anul 1948. De la acea dată şi pînă în iulie 1954, au fost specializaţi sau atestaţi în acest domeniu medical peste 1 100 medici.

Pe plan internaţional s-au ţinut pînă acum două congrese mondiale ale medicilor organizatori în cadrul O.M.S.-ului: primul la Nancy, în 1952, iar al doilea, cu participarea a 14 ţări europene, la Göteborg în anul 1954.

★

Este cunoscut că în trecut, cînd nu putea fi vorba de nici un sistem de stat de ocrotire a sănătăţii publice, medicii progresişti din ţara noastră

ca: C. Davila, I. Felix, V. Babeş şi alţii s-au preocupat de rezolvarea acestei probleme. La un moment dat chiar şi burghezia a fost silită să pregătească un număr de specialişti în igienă şi sănătate publică.

In Republica Populară Romînă, unde ocrotirea sănătăţii a devenit o problemă de stat, s-a impus necesitatea de a pregăti cadre suficiente de organizatori de sănătate publică. Această problemă a fost pusă deseori, dar practic încă nu a fost rezolvată în mod satisfăcător, din mai multe motive. Credem că motivele principale au constat în următoarele:

a) insuficientă convingere a conducerilor Ministerului Sănătăţii că pentru rezolvarea problemelor de ocrotire a sănătăţii este nevoie de un număr suficient de specialişti în organizarea sanitară;

b) politica de cadre greşită care s-a dus faţă de medicii care au deţinut funcţii de organizatori de sănătate publică şi care ar fi dorit să rămînă în această specialitate, dacă li s-ar fi asigurat condiţiile necesare;

c) insuficienta preocupare a înşişi specialiştilor de organizare sanitară cu munci de răspundere la institutul şi la catedrele de specialitate pentru rezolvarea problemei organizatorului de sănătate publică.

In prezent, pe baza discuţiilor purtate de un colectiv larg de organizatori sanitari de la Centrul de organizare sanitară şi catedrele de specialitate din Bucureşti, s-a cristalizat un punct de vedere comun în privinţa recrutării, formării şi promovării medicilor specialişti în organizare sanitară, precum şi asupra perspectivelor acestor cadre.

Astfel, considerăm că recrutarea medicilor organizatori sanitari trebuie să se facă dintre medicii din reţea care au un stagiu minim de 5 ani în producţie. Pentru a-i pune în situaţia de a se achita cît mai bine de sarcinile ce le revin, selecţionarea şi pregătirea lor în specialitate au o importanţă deosebit de mare.

La selecţionarea medicilor pentru această specialitate, care fără îndoială are un specific deosebit, trebuie să se ţină seamă de:

— dorinţa medicilor de a îmbrăţişa această specialitate;
— pregătirea medicală, ideologică şi orientarea politică a medicului respectiv;
— capacitatea şi aptitudinile medicului, ca educator şi conducător.

Acestui cadru selecţionat cu grijă i se face numirea provizorie în funcţia de medic director de spital raional sau de director adjunct de policlinică într-un spital raional sau orăşenesc, pe timp de un an. După un an de activitate, el va fi atestat de către o comisie regională (cu un delegat de la centru) ca medic organizator de sănătate publică şi trimis la un curs de specializare în organizarea sanitară. La absolvirea acestui curs, medicul respectiv obţine titlul de specialist în organizare sanitară.

Aceşti specialişti, cu o practică în medicină de 5 ani şi cu stagiul de organizatori de 2 ani (un an practică şi un an de curs) vor putea fi numiţi definitiv în posturile de medic director de spital raional sau adjunct de policlinică raională sau orăşenească. De asemenea ei vor putea fi numiţi şi ca directori de SMS la o întreprindere mai mică.

După o practică de 3 ani în aceste funcţii, ei vor putea ocupa funcţia de medic-şef de raion, funcţie ce poate fi ocupată şi de un director de sanepid raional după absolvirea prealabilă a cursului de specializare în organizare sanitară.

După o practică de încă 2 ani în funcţia de medic-şef de raion sau de director de spital raional sau policlinică, medicul se va putea prezenta

la concursul pentru ocuparea postului de medic director de spital regional, de director la un mare SMS, director de spital orășenesc în marile centre, precum și pentru funcția de locțiitor de medic-șef de regiune.

Din aceste cadre, după o practică de cîțiva ani, în noile funcții se vor recruta medicii-șefi de regiune și organizatorii de sănătate din aparatul central al Ministerului Sănătății și altor ministere și organizații centrale.

In aceste funcții pot fi numiți, desigur, și directorii sanepidurilor regionale, dacă au absolvit un curs de organizare sanitară.

La nivelul tuturor treptelor menționate mai sus, vor trebui asigurate forme corespunzătoare de perfecționare și reîmprospătare a cunoștințelor pe plan regional sau la I.P.S.M.

Organizatorii sanitari vor putea fi schimbați din funcțiile ocupate prin concurs, numai pe baza prevederilor codului muncii, la fel ca și ceilalți specialiști. In cazul cînd un organizator sanitar, deținînd o funcție în aparatul de stat (medic-șef de raion, de regiune sau aparatul central) se dovedește, pe baza analizei unei comisii instituite de organul superior, că nu satisface cerințele, va fi încadrat într-o funcție echivalentă categoriei ocupate anterior promovării.

In acest mod vedem rezolvarea principială și în perspectivă a problemei recrutării, pregătirii și promovării specialiștilor în organizarea sanitară, care trebuie precizată înainte de a trece la rezolvarea ei practică. Desigur că rezolvarea acestei probleme pe baza principiilor enunțate necesită o perioadă mai lungă de timp, în care vor trebui folosite în mod paralel mai multe formule.

In condițiile actuale, propunem ca Ministerul Sănătății să stabilească nominal organizatorii de sănătate, care în condițiile și cu perspectivele enunțate în prezentul material doresc să rămînă în specialitatea de organizare sanitară.

După aceasta ar urma atestarea acestor cadre și atribuirea titlurilor de specialist și a gradului care arată funcția pentru care corespunde organizatorul sanitar și pe care urmează a-l ocupa.

Concomitent, este necesar a se întocmi planul de formare a specialiștilor organizatori sanitari, care urmează să înlocuiască treptat cadrele ce nu doresc să rămînă în această specialitate.

In ce privește cadrele care ocupă funcții de medic organizator și nu doresc să rămînă în specialitate, trebuie să li se asigure posibilitatea să lucreze în același timp, după dorință, într-o altă specialitate decît cea a organizării sanitare. Inlocuirea acestora din funcțiile de organizator sanitar se va face treptat, în funcție de posibilitățile existente.

La data înlocuirii acestor cadre trebuie să li se asigure încadrarea în rețea într-o funcție echivalentă celei ocupate anterior și în localitatea unde se aflau la data înlocuirii, corespunzător pregătirii lor.

La cerere, ei pot fi trimiși la un curs de specializare sau perfecționare.

Această problemă este rezolvabilă, după părerea noastră, fără introducerea angajării pentru funcții de organizare sanitară „cu contract pe trei ani".

Angajarea prin contract pe trei ani a unor medici de altă specialitate în funcțiile de organizatori sanitari nu constituie un pas înainte în rezolvarea problemelor de ocrotirea sănătății populației. In cazul cel mai fericit, constituie o rezolvare a situației acelor medici care azi ocupă funcții de

organizatori, dar, din diferite motive, doresc să se întoarcă la vechea lor specialitate. Această soluţie va duce la lichidarea definitivă a organizatorilor sanitari specialişti şi va perpetua o situaţie pe care o considerăm nemulţumitoare şi care constă în încredinţarea organizării ocrotirii sănătăţii unor medici care nu doresc să o practice şi adesea nu au nici competinţa necesară. Această situaţie duce la lipsa de continuitate şi la perpetuarea empirismului în ocrotirea sănătăţii, deoarece cadrele angajate prin contract pe timp limitat nu au nici timpul necesar şi nici interesul de a cunoaşte problemele de sănătate publică. Grija lor principală va fi evitarea „descalificării" lor în perioada în care sînt nevoiţi să se ocupe de organizarea ocrotirii sănătăţii şi nicidecum aprofundarea problemelor medico-sanitare din regiunea sau raionul de a căror situaţie sanitară sînt chemaţi să răspundă şi ridicarea permanentă a nivelului cunoştinţelor lor în organizarea sanitară.

Prin urmare, noi vedem rezolvarea principială şi de perspectivă a problemei organizatorului de sănătate publică prin recunoaşterea organizării sanitare ca specialitate medicală şi încredinţarea organizării ocrotirii sănătăţii publice unor specialişti selecţionaţi cu grijă, pregătiţi în mod corespunzător şi promovaţi după criteriile sus-arătate, specialişti cărora trebuie să li se asigure condiţii cît mai bune de muncă şi de trai. Pe măsura pregătirii unui număr suficient de astfel de specialişti, vor fi înlocuiţi medicii de altă specialitate, care astăzi mai deţin funcţii de organizatori sanitari, fără angajarea lor pe timp limitat.

In concluzie, facem următoarele

Propuneri

1. Recunoaşterea organizării ocrotirii sănătăţii ca specialitate medicală şi a organizatorului sanitar ca specialist.

In acest scop, propunem ca problema să fie luată în discuţie în Colegiul Ministerului Sănătăţii şi, dacă va fi considerat just, să fie emis un ordin al Ministerului în acest sens.

Ca o consecinţă, în noile scheme tip ar urma să apară această nomenclatură şi la unităţile din reţea, de exemplu medic director spital-organizator al ocrotirii sănătăţii.

Hotărîrea Colegiului Ministerului Sănătăţii să fie larg popularizată, insistîndu-se îndeosebi asupra caracterului de stabilitate şi continuitate în funcţie a medicului organizator sanitar, precum şi asupra unor avantaje de ordin material, faţă de alte specialităţi, justificate prin faptul că funcţiile de organizator sanitar implică un rol de conducere şi de coordonare la diferite niveluri.

2. Precizarea funcţiilor din reţeaua medico-sanitară, care trebuie considerate în etapa actuală ca funcţii pentru medici organizatori sanitari şi introducerea concursului pentru ocuparea acestor funcţii.

Pînă la ocuparea acestor funcţii prin concurs, ele vor putea fi ocupate bineînţeles ca şi pînă acum, întrucît nu vom avea la dispoziţie de la început numărul suficient de specialişti calificaţi.

Medicul specialist care ocupă prin concurs un post de organizator sanitar să aibă posibilitatea ca după efectuarea stagiului cerut, să solicite transferarea într-o altă funcţie de medic organizator, la o altă unitate,

fie să obţină prin concurs un post vacant de organizator sanitar de mai mare răspundere.

3. Stabilirea normelor de recrutare, a formelor de calificare precum şi a stagiilor obligatorii, pe care specialiştii organizatori sanitari vor trebui să le îndeplinească înainte de a fi promovaţi în funcţii de mai mare răspundere şi stabilirea unei juste scări de promovare.

4. Pentru rezolvarea problemei specialistului organizator de sănătate, este necesară analizarea posibilităţilor de a-i crea condiţii de salarizare şi de muncă corespunzătoare funcţiei ce o deţine şi care implică o răspundere deosebită (spor de 50% la salariu sau salariu personal). Aceasta şi pentru a-i asigura posibilitatea de a se preocupa exclusiv de problemele de organizare sanitară.

Medicul organizator de sănătate trebuie considerat, din punct de vedere al funcţiei, ca avînd un specific deosebit faţă de alţi specialişti.

Din punct de vedere însă al pregătirii şi drepturilor sale ca specialist, trebuie socotit ca fiind într-o situaţie asemănătoare oricărui medic din altă specialitate. Ne referim la faptul că descoperirea anumitor lipsuri sau scăderi în munca sa nu trebuie să aibă drept urmare scoaterea lui din rîndul specialiştilor organizatori sanitari, ci trimiterea lui la un curs de perfecţionare sau încadrarea lui tot într-un post de organizator sanitar, în care ar putea corespunde mai bine, aşa cum se procedează cu oricare alt medic specialist. Trebuie ţinut seamă şi de faptul că lipsurile în activitatea unui organizator sanitar nu sînt legate totdeauna numai de lipsurile lui personale, ci depind în mare măsură, atît de munca întregului colectiv în subordine, cît şi de sprijinul pe care-l primeşte pe linia organelor puterii de stat şi a organelor superioare tehnice. Medicii nu vor îmbrăţişa specialitatea organizării sanitare dacă ştiu că după un timp oarecare se pune problema ca ei să-şi însuşească o altă specialitate.

5. Cei ce practică în prezent specialitatea de medic organizator şi cei ce au practicat în trecut această specialitate şi doresc să o practice şi în viitor, să fie atestaţi sau să dea concurs (asemănător concursurilor care se dau pentru ocuparea posturilor în învăţămîntul superior), iar după numirea lor să fie definitivaţi în posturile respective.

Cei care vor dori în viitor să îmbrăţişeze această specialitate, să fie calificaţi în prealabil şi apoi numiţi definitiv în funcţiile din reţea. O dată numit definitiv, specialistul organizator sanitar nu poate fi pus în situaţia de a căuta o altă specialitate medicală, din motivul că nu se admite încadrarea lui într-o funcţie corespunzătoare de organizator de sănătate.

6. Elaborarea unui regulament care să cuprindă principiile care stau la baza reglementării practicii acestei specialităţi.

Articol intrat în redacţie în mai 1956.

*Dispensarizarea muncitorilor de la o întreprindere metalurgică din Bucureşti**

Prof. T. Ilea, prof. P. Manu, dr. M. Chiliman, dr. I. Lăpuşan, dr. L. Herşcovici, dr. N. Cesianu, dr. T. Niculescu

Creşterea continuă a nivelului de trai material şi cultural al populaţiei şi dezvoltarea sistemului de ocrotire a sănătăţii din ţara noastră determină cerinţe crescînde din partea populaţiei, pentru un nivel calitativ superior al asistenţei medicale şi oferă în acelaşi timp posibilităţi tot mai mari şi favorabile în acest scop.

In acţiunea de deservire medicală a populaţiei o atenţie specială trebuie acordată anumitor boli cronice ca : tuberculoza, bolile cardio-vasculare, reumatismul, bolile aparatului digestiv etc., care determină o morbiditate sau mortalitate ridicată şi un procent ridicat de zile de incapacitate temporară de muncă.

De asemenea, în centrul preocupărlor medicale trebuie să stea tineretul şi categoriile de muncitori sănătoşi, care lucrează în condiţii grele de muncă.

Faţă de aceste categorii de populaţie trebuie luate o serie de măsuri complexe medico-sanitare şi sociale menite a preveni îmbolnăvirile, a întări sănătatea, iar în cazul bolii apărute, a împiedica evoluţia bolii, a preveni recidivarea, complicaţiile şi cronicizarea, precum şi recîştigarea sănătăţii şi a capacităţii de lucru. Aceste măsuri complexe se iau în cadrul acţiunii de dispensarizare, metodă superioară de lucru, care în ţara noastră îşi găseşte un cîmp de aplicare tot mai larg.

★

In cercetarea noastră, am studiat condiţiile în care se poate aplica dispensarizarea la un punct de sănătate de întreprindere, sprijinit de către medicii specialişti ai spitalului unificat teritorial şi de către medicii igienişti. De asemenea, am căutat să conturăm metodologia dispensarizării în condiţiile respective, eficienţa muncii şi criteriile de apreciere.

Analiza prealabilă a situaţiei locale ne-a arătat existenţa condiţiilor necesare pentru introducerea acestei metode de lucru : unitate medicală

---

*Cercetare în complex, făcută de către : Catedra de organizare sanitară şi istoria medicinei I.M.F. Bucureşti, în colaborare cu Institutul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei, Catedra de igiena muncii I.M.F. Bucureşti, Spitalul unificat orăşenesc „Bucur", punctul de sănătate al întreprinderii „Steaua Roşie" Bucureşti.

— Determinările condiţiilor de mediu au fost executate de către colectivul Catedrei de igiena muncii I.M.F. Bucureşti : dr. N. Gavrilescu, dr. D. Senchea şi ing. chimist St. Velea.

— Examenul medical complex a fost executat de către medicii specialişti ai Spitalului unificat teritorial : dr. S. Dumitrescu, dir. conf. I. Ghelerter, dir. adj. medical dr. I. Ioniţă, dir. adj. policlinică dr. Gh. Gachi, dr. I. Rosseti, dr. Gr. Davidescu, dr. V. Păunescu, dr. Gh. Cucoş, dr. M. Chiliman, dr. M. Tănăsescu, dr. N. Racoveanu, precum şi dr. M. Muntenescu şi dr. S. Obreja de la Institutul O.R.L. Au participat la examenul medical complex T. Ionescu, felcer medical şi D. Ciochia.

— Culegerea şi prelucrarea datelor de morbiditate au fost efectuate de către : E. Tudorache-Georgescu, de la Institutul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei Bucureşti, A. Bălănescu şi L. Wild de la Catedra de organizare sanitară şi istoria medicinei I.M.F. Bucureşti.

bine organizată, continuitate în muncă a cadrelor medico-sanitare şi sprijin din partea spitalului, a medicilor igienişti şi a organelor administrative şi sindicale, precum şi interes din partea muncitorilor.

Ca formulare de evidenţă am utilizat o fişă specială de dispensarizare, transformată apoi în fişă unică de consultaţii şi dispensarizare şi o fişă-program pentru urmărirea cazurilor.

1. Studii preliminare şi criteriile de selecţionare a cazurilor pentru dispensarizare

Un studiu preliminar a constat din cercetarea detaliată, cu toate mijloacele de investigaţie necesare, a condiţiilor de lucru din întreprindere şi ateliere: noxe, caracteristicele fiziologice de muncă şi procesul tehnologic.

Pentru cunoaşterea stării de sănătate a muncitorilor, în vederea stabilirii bolilor şi contingentelor de muncitori bolnavi şi sănătoşi care să fie cuprinşi în dispensarizare, s-a studiat aprofundat morbiditatea.

Analizînd criteriile după care ne-am condus în selecţionarea cazurilor şi valoarea metodelor de lucru utilizate, tragem următoarele concluzii:

A. *Studiul condiţiilor de muncă*

Acest studiu a arătat că noxele principale pentru turnători şi cuptorari sînt:

— condiţiile de microclimat (temperatură ridicată în perioada caldă a anului, variaţii bruşte de temperatură şi curenţi de aer în perioada rece a anului);
— oxidul de carbon depăşeşte limitele admise numai în timpul turnării;
— muncitorii de la sablaj sînt expuşi silicozei.

La acestea se adaugă efortul muscular intens şi poziţia forţată, cu o încordare statică a muşchilor spatelui în special, şi riscul crescut de accidente de muncă.

Pentru fierari, noxa principală cea mai importantă o constituie condiţiile de microclimat, care prin valorile de temperatură ridicată şi prin variaţiile lor în timpul unui schimb de lucru pot expune pe muncitori la pericolul îmbolnăvirilor favorizate de acţiunea temperaturilor ridicate. La aceasta se adaugă acţiunea radiaţiilor calorice intense, eforturile fizice mari, poziţiile forţate îndelungate şi existenţa unui risc crescut de accidente de muncă.

La strungari, problemele care pot influenţa negativ sănătatea sînt: poziţia ortostatică îndelungată cu deplasări rapide, iluminatul insuficient la strungurile îndepărtate de ferestre şi folosirea uleiului de răcire, care, prin componenţa sa (în special a alcalinităţii), determină un risc crescut de dermatoze profesionale.

Noxele profesionale mai importante pentru sudori sînt reprezentate de oxizii de azot, care în unele momente pot ajunge la concentraţii periculoase în zona de respiraţie a sudorilor, precum şi riscul de electrooftalmii, cînd lipsesc paravanele de protecţie.

Pentru muncitorii din atelierele de montaj, noxele mai importante sînt: temperatura scăzută a aerului în perioadele reci ale anului, prezenţa

în concentrații Stas a oxizilor de azot în zona de respirație a sudorilor peste limita admisă, zgomot puternic și trepidații pentru cei ce manipulează ciocanele de nituit.

Din analiza datelor de mediu și cunoașterii caracteristicilor fiziologice ale muncii, rezultă că atelierele de turnătorie și fierărie sînt cele mai nocive, iar atelierele de strungărie sînt cele mai puțin nocive, observații care concordă de altfel cu datele din literatură. De aici am tras concluzia că spre atelierele de turnătorie și fierărie trebuie să ne îndreptăm în primul rînd atenția în selecționarea cazurilor pentru dispensarizare.

B. *Studiul morbidității din întreprindere. Morbiditatea generală*

Indicii de frecvență pe cei doi ani studiați au prezentat un nivel ridicat, înregistrîndu-se o scădere de 28% în 1953, față de 1952. Nivelul ridicat al morbidității la această întreprindere este explicat prin numărul mare de noxe (în atelierele principale) și prin caracterul muncii din întreprindere (muncă grea).

Indici de frecvență mai ridicați au prezentat atelierele de fierărie și turnătorie, după care, la o diferență remarcabilă, urmează lăcătușeria. Nivelul crescut la aceste ateliere este explicat prin condițiile mai grele de mediu și muncă : la turnătorie + fierărie, temperatura ridicată, variații bruște de temperatură, radiații termice, oxid de carbon, praf, risc crescut de accidente de muncă, muncă grea, poziții forțate în timpul muncii etc.

Lăcătușeria, la rîndul său, este un atelier foarte aglomerat, cu o ventilație insuficientă, iar pe de altă parte caracterul de muncă ușoară a determinat repartizarea la acest atelier a multor bolnavi cu boli cronice (tuberculoză, boala ulceroasă etc.), care fac să crească morbiditatea, în special prin aceste boli.

Datele morbidității generale pe întreprindere și pe boli arată o frecvență mai ridicată prin gripă, accidente de muncă, afecțiuni gastro-intestinale acute, reumatism acut și cronic, nevralgii-nevrite-radiculite și lumbago.

Dintre bolile cronice, în afară de cele menționate, indici mai ridicați prezintă boala ulceroasă, hipertensiunea arterială și bolile de ficat și ale căilor biliare.

Din comparația morbidității pe ateliere și boli, se constată nivelul ridicat al morbidității prin majoritatea bolilor, în special prin cele menționate, la atelierele de fierărie și turnătorie, care au cele mai nocive condiții de muncă.

C. *Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă*

Morbiditatea privită prin prisma indicelui de frecvență este ridicată în ambii ani. Indicele este în creștere remarcabilă în 1953, față de 1952. Nivelul ridicat al morbidității cu incapacitate temporară de muncă își are explicația în aceiași factori de mediu și muncă amintiți.

Atelierele cu cel mai ridicat nivel al morbidității sînt fierăria și turnătoria, anul 1953 prezentînd și în acest caz un indice mai ridicat. Atelierele care de asemenea au indici ridicați sînt : lăcătușeria și montajul, cu o însemnată morbiditate în creștere în 1953.

După cum se vede, aceleași ateliere au indici crescuți sau scăzuți, ca și la morbiditatea generală, respectîndu-se aceeași ordine. Asemănarea

Tabelul 1

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă pe ateliere şi boli (indici de frecvenţă) pe anii 1952 — 1953

Nr. crt.	Denumirea bolii	Total într.		Fierărie şi turnătorie		Strungărie		Lăcătuşerie		Construcţii		Intreţinere		Ad-tiv	
		1952	1953	1952	1953	1952	1953	1952	1953	1952	1953	1952	1953	1952	1953
	Total . . .	114,9	142,2	205,7	234,9	88,7	146,0	137,4	154,8	118,7	155,6	98,1	108,3	109,0	114,4
1	Gripă	22,9	39,2	48,3	68,6	14,3	22,9	20,2	38,7	22,0	39,5	20,3	37,6	24,6	39,3
2	Accidente de muncă	16,6	19,4	27,5	46,5	18,2	26,8	31,3	8,1	20,6	29,0	14,6	12,0	0,5	5,7
3	Afecţiuni gastro-intestin. acute	5.5	11,9	19,5	18,6	3,9	9,1	7,1	32,2	0,6	10,5	4,7	5,3	2,4	11,0
4	Reumatism acut şi cronic . .	4,7	3,8	5,7	3,5	2,9	3,1	5,1	8,0	6,0	3,2	3,8	2,3	5,4	4,8
5	Apendicită	4,6	5,2	4,6	12,9	4,9	9,1	8,1	6,5	5,3	4,0	4,4	0,8	2,0	2,6
6	Angină, amigdalită	4,5	4,4	5,7	8,1	3,9	6,4	2,0	1,6	6,0	3,2	4,4	3,8	4,4	3,1
7	Bronşită	4,1	5,9	11,6	5,9	2,4	4,8	5,1	4,8	2,0	8,1	5,1	6,8	2,8	5,2
8	Afecţiuni inflamat. ale pielii	3,3	6,6	4,6	2,3	3,4	10,2	3,0	12,9	5,3	10,5	2,5	3,8	2,0	3,1
9	Traumatisme neprofesionale .	3,3	0,7	3,4	1,2	2,0	1,6	5,1	1,6	4,7	—	1,9	—	3,9	0,4
10	Pneumonii, bronhopneumonii, congestii pulmonare .	3,1	1,7	8,0	2,3	2,0	2,7	3,0	3,2	4,0	2,4	2,5	—	2,0	0,9
11	Boli ficat şi căi biliare . . .	2,9	3,6	5,7	9,3	1,5	2,6	2,0	1,6	0,7	2,4	0,6	1,5	6,9	4,3
12	Tuberculoză pulmonară . . .	2,7	4,0	2,3	1,2	3,4	2,7	4,0	3,2	3,3	5,6	1,3	2,3	2,0	6,5
13	Boli oto-rino-laringologice .	2,7	1,8	3,4	4,7	3,4	1,1	3,0	1,6	2,0	2,4	1,3	0,8	2,9	1,7
14	Afecţiuni pleurale	2,5	2,7	6,9	3,6	1,0	2,7	3,0	1,6	4,0	3,2	0,6	4,5	2,0	1,3
15	Ulcer gastric şi duodenal . .	2,2	2,9	2,3	5,6	1,0	2,7	6,1	8,1	2,0	2,4	1,9	1,5	2,0	1,7
16	Lumbago	2,0	3,4	4,6	12,8	1,0	5,9	4,0	—	0,7	1,6	1,9	2,3	2,0	1,3
	Alte boli	27,3	30,0	41,6	27,8	19,5	24,6	25,3	21,1	29,5	27,6	26,3	23,0	32,2	21,5

Tabelul 2

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă pe ateliere şi boli (indici de gravitate) pe anii 1952 — 1953

Nr. crt.	Denumirea bolii	Intreprind.		Fierărie şi turnătorie		Strungărie		Lăcătuşerie		Montaj		Intreţinere		Ad-tiv	
		1952	1953	1952	1953	1952	1953	1952	1953	1952	1953	1952	1953	1952	1953
	Total . . .	1277,4	1428,4	2137,9	1991,8	1151,2	1497,9	1835,0	1332,2	1108,0	1744,3	886,6	1146,6	1184,2	1191,3
1	Tuberculoză pulmonară . . .	176,3	311,1	99,7	62,8	276,8	295,2	237,8	29,0	155,3	652,4	12,0	68,4	225,6	452,4
2	Accidente în leg. cu producţia	146,5	164,2	372,4	322,1	128,6	144,3	339,3	41,9	195,4	325,0	63,9	75,9	2,0	74,0
3	Reum. acut şi cronic incl. inimă	75,8	40,9	241,4	29,1	28,1	19,7	82,8	179,0	104,7	18,5	29,1	27,0	64,0	23,2
4	Apendicită	75,6	30,9	108,0	205,8	75,4	138,0	131,3	128,0	74,0	54,0	88,1	6,0	26,1	47,2
5	Tuberculoză cu alte localizări	71,9	102,7	19,5	320,9	68,5	94,7	172,7	—	4,0	90,3	—	212,8	154,7	114,8
6	Ulcer gastric şi duodenal . .	69,1	89,4	63,2	160,5	48,3	78,1	183,8	338,7	74,7	42,6	57,6	103,3	40,9	18,8
7	Gripă	58,4	106,1	149,4	174,4	33,0	81,8	47,5	121,0	68,0	112,9	46,2	121,0	52,2	84,7
8	Pneumonii şi bronhopneumonii, congestii pulmonare .	48,2	26,2	146,0	39,5	22,7	51,9	80,8	67,7	46,7	25,8	48,7	—	15,7	4,8
9	Angină, amigdalită	34,0	22,6	19,5	50,0	50,7	29,4	49,5	9,7	37,3	12,9	25,9	33,8	19,7	9,2
10	Boli transmisibile grupa A .	30,9	19,8	95,4	—	48,3	64,2	—	—	10,7	—	—	—	39,9	18,8
11	Boli ficat şi căi biliare . . .	30,3	39,2	62,1	186,1	17,7	25,7	27,3	4,8	15,3	14,5	3,2	6,0	62,6	36,5
12	Alte boli	450,4	481,4	761,3	440,6	353,1	474,9	492,2	211,4	321,7	390,4	512,0	690,4	481,4	306,9

frecvenței morbidității prin cele două metode rezidă în aceiași factori de mediu externi menționați pentru fiecare atelier în parte.

Bolile care au indici mai ridicați pe întreprindere, în anul 1952, se mențin în majoritate și în anul următor, cu foarte mici excepții. Astfel indici ridicați prezintă: gripa, accidentele de muncă, afecțiunile gastro-intestinale acute, reumatismul, angina, amigdalita, bronșita, afecțiunile inflamatorii ale pielii etc.

Bolile cronice, cu excepția reumatismului (cu indice mai ridicat), prezintă în general indici între 2 și 4%, fiind în creștere în 1953. Astfel sînt bolile de ficat și ale căilor biliare, tuberculoza, lumbago și boala ulceroasă.

Și în cazul morbidității cu incapacitate temporară de muncă, indicii cei mai ridicați prin majoritatea bolilor îi întîlnim tot la fierărie și turnătorie.

Pe profesii, nivelul cel mai ridicat al morbidității îl prezintă tot muncitorii din profesiile care lucrează la atelierele cu noxe mai multe și muncă mai grea. Astfel sînt turnătorii și fierarii, după care urmează lăcătușii.

Indicele de gravitate este și el ridicat, cu deosebire în 1953.

Incapacitatea de muncă mai mare este dată, ca și în cazul frecvenței, de atelierele: fierărie + turnătorie și lăcătușerie. Atelierul de montaj are de asemenea un indice ridicat în 1953.

Pe boli, în general, cele care au dat o morbiditate ridicată au și o incapacitate temporară de muncă ridicată, însă nu în aceeași proporție. Locul întîi, ca incapacitate, îl ocupă tuberculoza pulmonară, urmată de accidentele de muncă și apoi gripa. Incapacitate de muncă ridicată prezintă de asemenea tuberculoza cu alte localizări, boala ulceroasă, apendicita, reumatismul. Deci, în general, bolile care prezintă importanță sub raportul incapacității temporare de muncă sînt, atît cele cu o frecvență ridicată, cît și bolile cronice, care deși nu au frecvență mare, duc la o gravitate crescută, prin durata mai lungă a incapacității de muncă.

D. *Morbiditatea pe baza examenului medical complex din anul 1953*

Pentru o analiză mai completă a bolilor cronice, s-a făcut studiul și pe baza unui examen medical complex. S-au examinat 52,1% din totalul muncitorilor. Proporția cea mai ridicată dintre muncitorii examinați o constituie cei din atelierele cu condiții mai grele de muncă și cu cele mai multe noxe.

Examinarea a fost făcută de o echipă de medici specialiști de la spitalul teritorial, împreună cu medicul punctului de sănătate al întreprinderii, după o prealabilă documentare asupra morbidității și condițiilor de muncă din întreprindere. Medicii specialiști au consultat muncitorii la nivelul punctului de sănătate din întreprindere lucrînd 3 — 4 zile pe săptămînă între orele 8 și 10 a. m. Lipsa medicilor specialiști din spital în acest timp (în afară de internist și chirurg) a produs unele greutăți în munca spitalului.

Din analiza datelor de boli se constată că, spre deosebire de celelalte două metode, indicii de frecvență cei mai ridicați îi prezintă hipertensiunea arterială, afecțiunile gastro-intestinale cronice și bolile de ficat și ale căilor biliare.

Indici apropiați, între 3,0 și 4,0% prezintă bolile oto-rino-laringolo-

Numărul cazurilor şi indicii de frecvenţă pe cauze principale, în cadrul examenului medical complex

Nr. crt.	Cauza	Cazuri	Frecvenţa
	Total	295	68,9
1	Hipertensiune arterială	50	11,8
2	Afecţiuni gastro-intestinal cronice	33	7,7
3	Boli de ficat şi căi biliare	22	5,2
4	Boli oto-rino-laringologice	17	4,1
5	Alte boli aparat circulator şi limfatic	15	3,5
6	Reumatism	15	3,5
7	Tuberculoza pulmonară	15	3,5
8	Bronşită	15	3,5
9	Alte boli aparat respirator	14	3,3

gice (fără angină-amigdalită), reumatismul, bronşita, alte boli ale aparatului respirator şi tuberculoza pulmonară.

Rezultă că afecţiunile cronice au indicii cei mai ridicaţi şi sînt scoase în evidenţă în mod deosebit prin această metodă.

S-a constatat predominanţa la atelierele de fierărie şi turnătorie a reumatismului, afecţiunilor gastro-intestinale cronice, bolilor de ficat şi ale căilor biliare şi bolii ulceroase.

Hipertensivii şi tuberculoşii sînt în număr mai ridicat la lăcătuşerie şi secţia întreţinere, la aceste ateliere fiind repartizaţi în general cei cărora li se recomandă schimbarea locului de muncă.

Din aceleaşi considerente boala ulceroasă apare mai frecvent la lăcătuşerie.

E. *Morbiditatea individuală*

In vederea stabilirii bolilor şi selecţionării bolnavilor care urmau să fie dispensarizaţi, s-a efectuat şi un studiu al morbidităţii individuale, urmărind stabilirea contingentelor de bolnavi cu număr variat de îmbolnăviri, şi în special a bolnavilor cu boli frecvente şi de lungă durată.

Studiul s-a efectuat în cadrul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă pe anul 1953.

Studiul cazurilor care se îmbolnăvesc frecvent şi de lungă durată, ne-a permis să ne îndreptăm atenţia şi către această categorie de bolnavi. In cadrul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, 40,2% din salariaţi nu au prezentat îmbolnăviri, iar 59,8% au prezentat îmbolnăviri. Grupul celor ce se îmbolnăvesc frecvent şi pe o durată lungă (cu 5 şi peste 5 îmbolnăviri) reprezintă 8,5% dintre bolnavi, procent asemănător cu datele unor cercetători sovietici [1]. Pentru aceştia s-au eliberat 25% din certificatele medicale, reprezentînd 15,9% din totalul zilelor de incapacitate temporară de muncă pe întreprindere. In cadrul acestui grup, bolile acute au cauzat 61,9% din îmbolnăviri (certificate iniţiale), faţă de 75% ale autorului sovietic citat mai sus, cu 14,5% zile de incapacitate. Bolile cronice au cauzat doar 38,1% îmbolnăviri, însă cu 85,5% zile de incapacitate.

[1] M. S. Katenelenbaum dă 8% bolnavi cu 5 şi peste 5 îmbolnăviri. „Studierea morbidităţii muncitorilor după cazurile de incapacitate de muncă şi după componenţa grupului de bolnavi". În: *Caiet documentar Igienă şi Organizare Sanitară*, 1956, nr. 1, p. 62.

Această analiză permite conturarea mai precisă şi completarea listei bolnavilor cronici din această categorie. De asemenea, dă posibilitatea nominalizării unui lot de bolnavi, care se îmbolnăvesc frecvent, exclusiv de boli acute. Astfel, din cei 8,5% bolnavi cu boli frecvente şi de lungă durată, acest lot reprezintă aproape jumătate (4,1%). Pentru bolnavii din acest lot s-au eliberat 10,8% certificate, reprezentînd 6,0% din totalul zilelor de incapacitate temporară de muncă. Apare deci ca un fapt evident că un număr însemnat de bolnavi cu boli frecvente au contractat numai boli acute de mai multe ori în acelaşi an, denotînd că grupul bolnavilor cu boli frecvente şi de lungă durată nu este monopolul exclusiv al bolilor cronice obişnuite.

Aceasta permite ca din grupa atît de frecventă a bolilor acute, care nu poate fi cuprinsă în dispensarizare, să se aleagă de data aceasta un număr limitat de bolnavi.

★

Faţă de metodele menţionate, am ajuns la concluzia că în activitatea curentă de dispensarizare, în acţiunea de selecţionare, se poate renunţa la metoda studiului morbidităţii generale, deoarece morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă oferă elemente suficiente pentru studiu. De asemenea, acolo unde condiţiile nu permit, se poate renunţa şi la examenul medical complex. De altfel, la o anumită etapă, examenele medicale la angajare şi examenele periodice şi profilactice făcute de medicul întreprinderii, cu trimitere la specialişti (completată cu examinarea specialiştilor în anumite ateliere), oferă suficiente elemente pentru cunoaşterea bolnavilor din întreprinderi.

Ca atare, recomandăm ca metodă de lucru pentru selecţionarea dispensarizaţilor:

— studiul condiţiilor de mediu;

— studiul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă şi, acolo unde este posibil, şi studiul morbidităţii generale;

— analiza datelor examenelor medicale la angajare şi controlul medical periodic şi profilactic făcut de medicul întreprinderii şi la nevoie, trimiterea la specialist. Acolo unde condiţiile o permit, recomandăm completarea cu examenul medical complex, cel puţin pentru atelierele cu condiţii grele de muncă;

— studiul cazurilor cu îmbolnăvire frecventă şi de lungă durată.

2. Normalizarea cazurilor cu indicaţii pentru dispensarizare

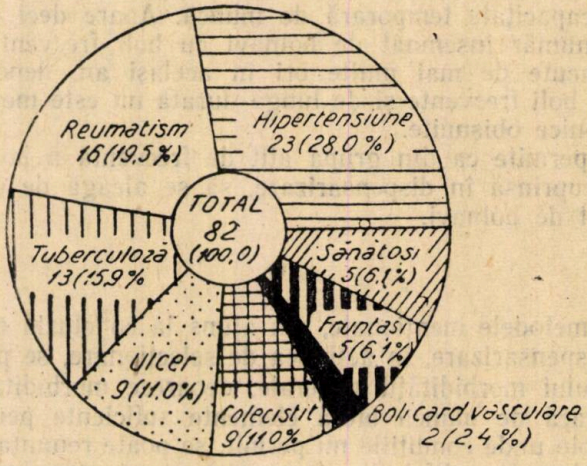
Pe baza datelor de mai sus, şi după criteriile menţionate, am făcut selecţionarea cazurilor cu indicaţii pentru dispensarizare, cuprinzînd 350 de persoane (214 bolnavi şi 136 sănătoşi).

3. Selecţionarea propriu-zisă a cazurilor pentru dispensarizare

Din cazurile indicate, am selecţionat cazurile pentru dispensarizare. Aceasta s-a făcut în funcţie de posibilităţile de cuprindere ale medicului de întreprindere, menţionînd faptul că nu am cuprins în totalitate cazurile indicate, nici pe locurile de muncă şi nici pe afecţiuni. In cursul

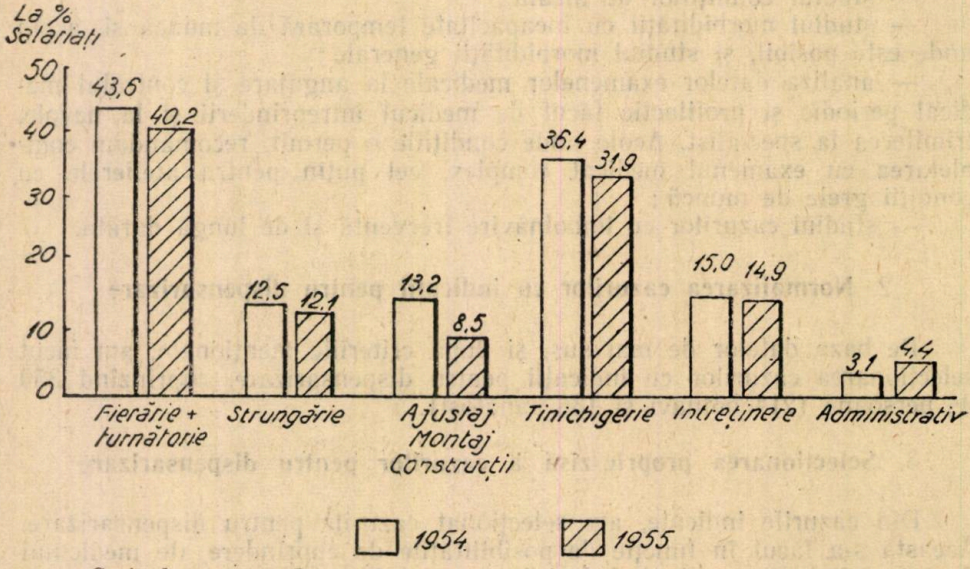
anului 1954, am dispensarizat 113 cazuri (15,1% din totalul salariaţilor), din care 97 de bolnavi şi 16 sănătoşi. În anul 1955 au fost dispensarizaţi 115 (14,4%), din care 100 de bolnavi şi 15 sănătoşi.

Repartiţia dispensarizaţilor pe boli ne dă următoarea situaţie (82 dispensarizaţi timp de doi ani) :



Graficul nr. 1. — Repartiţia procentuală pe forme nosologice a celor 82 dispensarizaţi timp de 2 ani

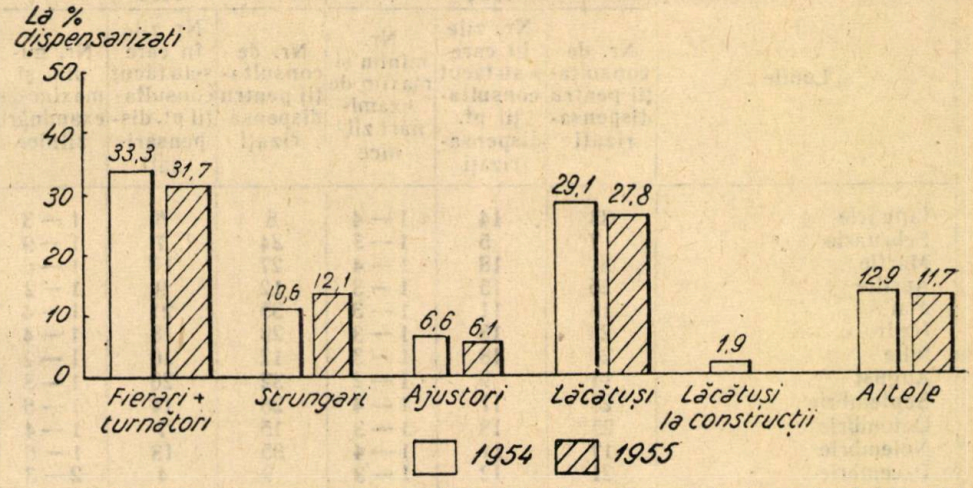
Din analiza graficului 1, rezultă că hipertensiunea arterială, reumatismul, tuberculoza şi boala ulceroasă prezintă cele mai mari procente.



Graficul nr. 2. — Procentul dispensarizaţilor la salariaţi pe ateliere în anii 1954 şi 1955

Pe ateliere, procentul dispensarizaţilor este mai ridicat la fierărie, turnătorie, lăcătuşerie, tinichigerie şi întreţinere.

Pe profesii cel mai mare procent îl dau turnătorii, fierarii şi lăcătuşii.



Graficul nr. 3. — Repartiţia dispensarizaţilor pe profesii în anii 1954—1955

4. Planul complex de măsuri individuale, supravegherea medicală a dispensarizaţilor şi măsurile de îmbunătăţire a condiţiilor de muncă şi de trai

Odată stabilit lotul celor dispensarizaţi, s-a întocmit planul individual de măsuri complexe, faţă de cei luaţi în evidenţă pentru dispensarizare.

S-a urmărit îndeaproape, timp de 2 ani, realizarea măsurilor individuale indicate şi eficienţa acestor măsuri, şi anume:

a) Supravegherea şi controlul medical activ şi periodic al dispensarizaţilor.

b) Realizarea prescripţiilor de asistenţă medicală.

c) Măsuri de îmbunătăţire a condiţiilor de muncă şi de trai ale dispensarizaţilor (măsuri sociale şi igienico-sanitare).

d) Acţiunea de educaţie sanitară a dispensarizaţilor.

Din totalul cazurilor selecţionate, un număr de 82 au fost urmărite în mod continuu timp de 2 ani.

In ce priveşte controlul medical activ şi periodic, menţionăm că în medie, pentru fiecare dispensarizat (bolnav sau sănătos) s-au făcut 4,6 controale medicale în 1954 şi 4,3 controale în 1955. Numărul vizitelor pentru grupul sănătoşilor a fost mai redus (3,2 în 1954 şi 3,2 în 1955).

Această frecvenţă a controalelor medicale nu a constituit o greutate pentru medicul întreprinderii, deoarece în cursul unei luni el avea planificat pentru control, între minimum 7 dispensarizaţi şi maximum 35. Numărul dispensarizaţilor chemaţi la control într-o zi varia între minimum 1 şi maximum 4. Excepţie au fost 3 zile de consultaţii, cînd au fost chemaţi la control un număr mai mare de dispensarizaţi.

In condiţiile trecerii la graficul de muncă ciclic, desigur că vor creşte posibilităţile de dispensarizare ale medicului punctului de sănătate.

Tabelul 4

Evidența ritmului de control medical al dispensarizaților în anii 1954 și 1955

Lunile	1954			1955		
	Nr. de consultații pentru dispensarizați	Nr. zile în care s-au făcut consultații pt. dispensarizați	Nr. minim și maxim de examinări zilnice	Nr. de consultații pentru dispensarizați	Nr. zile în care s-au făcut consultații pt. dispensarizați	Nr. minim și maxim de examinări zilnice
Ianuarie	33	14	1 — 4	8	6	1 — 3
Februarie	7	5	1 — 3	34	7	1 — 9
Martie	31	18	1 — 4	27	10	1 — 6
Aprilie	25	15	1 — 3	12	9	1 — 2
Mai	18	11	1 — 3	35	21	1 — 4
Iunie	23	13	1 — 3	29	18	1 — 4
Iulie	26	18	1 — 3	12	10	1 — 2
August	11	9	1 — 2	32	20	1 — 3
Septembrie	28	17	1 — 4	26	14	1 — 6
Octombrie	25	18	1 — 3	15	7	1 — 4
Noiembrie	17	11	1 — 4	35	13	1 — 6
Decembrie	21	12	1 — 3	9	4	2 — 3

În ce privește măsurile de îmbunătățire a condițiilor de muncă și de trai, în afară de măsurile sociale (cantină dietetică, schimbarea locului de muncă) menționăm:

O serie de îmbunătățiri ale condițiilor de muncă și reducerea efortului fizic și în special pentru prevenirea accidentelor de muncă, prin mecanizarea unor procese de muncă (parțială descongestionare a locurilor de trecere, instalarea de ecrane la strunguri, crearea de balustrade la scări etc.).

Măsurile care s-au luat pentru scăderea temperaturii și a gazelor toxice (mărirea debitului instalației de ventilație de la lăcătușerie, construirea unei camere de sablaj) nu au dus la eliminarea integrală a noxelor. De altfel, concentrațiile găsite cu ocazia determinărilor din anul 1955 sînt cele ce se găsesc obișnuit în atelierele de acest tip și sub care, în puține întreprinderi, s-a ajuns la concentrații mai scăzute.

În ceea ce privește măsurile medico-sanitare la domiciliu, menționăm că cunoașterea condițiilor de trai în familie și realizarea unor măsuri a depășit posibilitățile de cuprindere ale medicului de întreprindere.

5. Criteriile de apreciere a eficienței dispensarizării

Pînă în prezent nu au fost stabilite criterii precise de apreciere a rezultatelor dispensarizării. Totuși, în articolul „Unele rezultate ale dispensarizării“ [1] se dau unele criterii, pe care noi le-am verificat în cercetarea noastră.

---

[1] Sovetskoe zdravoohranenie, 1953, nr. 5. p. 7. „Unele rezultate ale discuțiilor asupra dispensarizării“.

a) *Starea sănătății și capacității de muncă a celor dispensarizați*

Cel mai important criteriu pentru aprecierea eficienței dispensarizării îl constituie modificările în starea sănătății și capacității de muncă a celor dispensarizați.

Metoda de lucru utilizată de noi a fost următoarea: în ultima lună a anului 1954 și a anului 1955, medicul consultant principal internist al spitalului teritorial, împreună cu medicul întreprinderii, au examinat din punct de vedere clinic pe toți dispensarizații și, pe baza rezultatului examenului medical și datelor din fișa de consultații și dispensarizare, privitoare la evoluția bolii în cursul anului, s-au tras concluzii pentru fiecare caz în parte.

Anumite cazuri mai greu de lămurit au fost examinate și de către medicul-șef al secției de boli interne.

La sfîrșitul primului și celui de-al doilea an de dispensarizare se observă îmbunătățiri remarcabile în starea sănătății celor dispensarizați.

Rezultate mai concludente se observă la sfîrșitul celui de-al doilea an de dispensarizare, și în special la grupul celor 82 de dispensarizați care au fost urmăriți continuu timp de doi ani. La aceștia, în al doilea an, procentul celor ameliorați este mai mare, iar al celor agravați și aflați în aceeași stare este mai mic decît la totalul dispensarizaților.

Tabelul 5

Starea sănătății dispensarizaților la finele anilor 1954 — 1955

Gruparea dispensarizaților	Total dispensarizați indiferent de durata dispensarizării		Dispensarizați urmăriți timp de 2 ani	
	1954	1955	1954	1955
Total dispensarizați la finele anului	101	106	82	82
Dispensarizați sănătoși	13	13	10	10
Dispensarizați bolnavi din care:	88 = 100,0	93 = 100,0	72 = 100,0	72 = 100,0
—fără crize (vindecați)	2,2	2,1	2,8	2,8
—ameliorați față de data luării în dispensarizare	83,1	87,2	81,9	90,3
—aceeași stare față de data luării în dispensarizare	10,2	7,5	9,7	4,1
— agravat	4,5	3,2	5,6	2,8

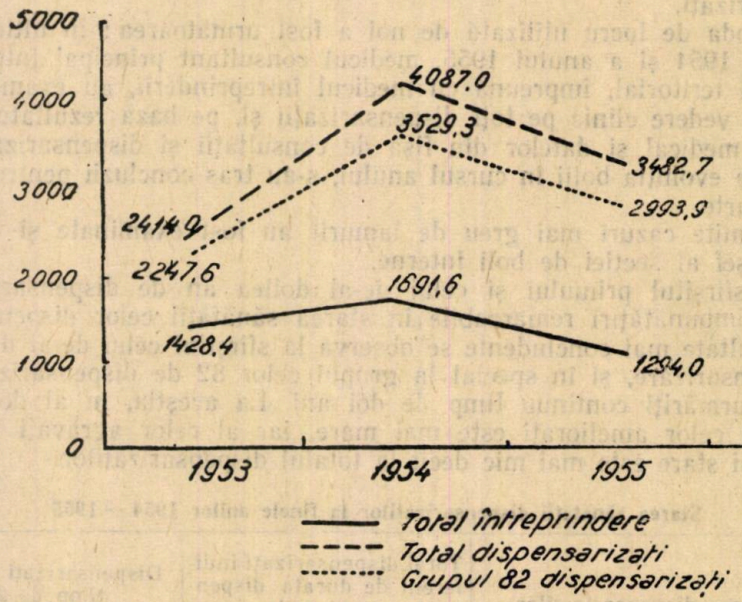
b) *Analiza incapacității temporare de muncă la grupul celor dispensarizați*

Menționăm că înainte de începerea dispensarizării (1953) indicele de gravitate la grupul celor selecționați pentru dispensarizare este mai mare decît pe întreprindere, fapt explicabil prin caracterul cronic al bolilor dispensarizate.

În primul an de dispensarizare (1954) se remarcă o creștere a zilelor de incapacitate temporară de muncă la grupul celor dispensarizați, față de anul precedent ceea ce se explică prin atenția specială acordată acestora prin acțiunea de dispensarizare.

În al doilea an de dispensarizare se remarcă în general o scădere a zilelor de incapacitate temporară de muncă la cei dispensarizați, față de primul an.

Această scădere este ceva mai pronunțată la grupul omogen de 82 de dispensarizați, care au fost urmăriți timp de doi ani (15,2%), față de grupul total de dispensarizați (14,8%).



Graficul nr. 4. — Indicele de gravitate pe întreprindere, comparativ cu total dispensarizați și grupul celor 82 dispensarizați.

De remarcat însă faptul că, la aceștia, scăderea numărului de zile de incapacitate temporară de muncă s-a făcut mai ales în contul afecțiunilor intercurente (scădere cu 29,3%), deci nu a bolilor pentru care s-au dispensarizat.

Tabelul 6

Indicii de gravitate la totalul dispensarizaților

Boala	1953		1954		1955	
	Zile incap.	Gravitate	Zile incap.	Gravitate	Zile incap.	Gravitate
* Total general (a + c)	2 414	2 414,0	4 087	4 087,0	3 831	3 482,7
* a) Total boli dispens.	1 269	1 269,0	2 474	2 474,0	2 493	2 266,4
— reumatism	85	101,2	72	83,7	126	131,3
— hipertensiune	4	4,8	44	51,2	147	153,1
— colecistită	15	17,9	22	25,6	39	40,6
— afect. cardio-vasc.	—	—	156	181,4	109	113,5
— ulcer	207	246,4	246	286,0	283	294,8
— tuberculoză	958	1 140,5	1 934	2 248,8	1 789	1 863,5
* Total maladii dispensariz. fără tuberculoză	311	311,0	540	540,0	704	640,0
* Alte afecțiuni	1 145	1 145,0	1 613	1 613,0	1 338	1 216,4

* Indicii raportați la media dispensarizaților: 100 (pentru 1953-54) și 110 (pentru 1955) — Restul indicilor la 84 (1953) 86 (1954) și 96 (1955) (fără sănătoși dispensarizați)

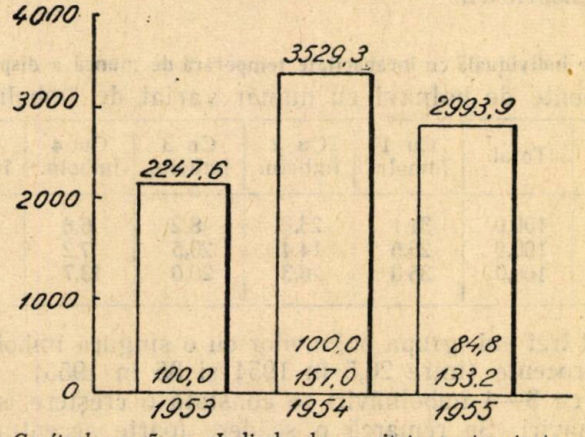
Tabelul 7

Indicii de gravitate la grupul celor 82 dispensarizaţi urmăriţi timp de 2 ani

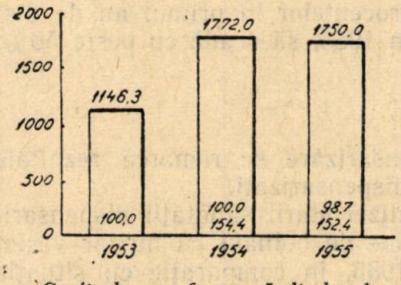
Boala	1953		1954		1955	
	Zile incapac.	Gravitate	Zile incapac.	Gravitate	Zile incapac.	Gravitate
*) Total general (a+c)	1 843	2 247,6	3 894	3 529,3	2 455	2 993,9
*) a) Total boli dispens.	940	1 146,3	1 453	1 772,0	1 435	1 750,0
— reumatism	85	118,0	62	81,6	81	112,5
— hipertensiune	4	5,5	23	32,0	147	204,1
— colecistită	15	20,8	22	30,5	39	54,1
— afect. card. vasc.	—	—	78	108,3	109	151,4
— ulcer	142	197,2	186	258,3	251	348,6
— tuberculoză	694	964,0	1 082	1 572,2	808	1 122,2
* b) Total maladii dispensarizate fără tuberculoză.	246	300,0	371	452,4	627	764,6
* Alte afecţiuni	903	1 101,2	1 441	1 757,3	1 020	1 245,8

* Raportat indicele la 82 dispensarizaţi (inclusiv sănătoşi). Restul indicilor (pe boli, la 72 dispensarizaţi fără sănătoşi).

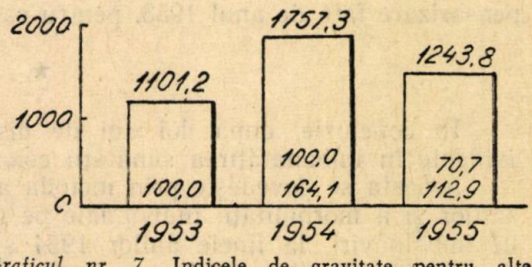
De aici se poate trage concluzia, foarte importantă, că dacă în doi ani nu se poate vorbi de o reducere a zilelor de incapacitate pentru bolile



Graficul nr. 5. — Indicele de gravitate pentru toate afecţiunile la grupul celor 82 dispensarizaţi şi procentul faţă de 1953 = 100



Graficul nr. 6. — Indicele de gravitate pentru bolile dispensarizate la grupul 82 dispensarizaţi.



Graficul nr. 7. Indicele de gravitate pentru alte afecţiuni de cît cele dispensarizate şi proporţia faţă de 1953 = 100

cronice care au necesitat o supraveghere permanentă şi o grijă deosebită, în schimb, se poate dovedi că prin măsurile complexe faţă de anumite categorii de muncitori s-au putut reduce bolile intercurente în prima etapă.

Comparînd evoluţia indicelui de gravitate la grupul dispensarizaţilor, cu evoluţia indicelui respectiv pe întreprindere, se constată o evoluţie mai favorabilă a indicilor în ultimul caz. De aici tragem concluzia aşa cum din cercetarea noastră reiese că studiul evoluţiei indicelui de gravitate pe întreprindere nu poate constitui un criteriu de apreciere a eficienţei dispensarizării.

Faţă de cele de mai sus, menţionăm că analiza evoluţiei morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, pe o perioadă scurtă de timp, la grupul dispensarizaţilor, nu este suficient de concludentă în aprecierea eficienţei dispensarizării, tocmai din cauza caracterului cronic al bolilor dispensarizate.

c) *Morbiditatea individuală cu incapacitate temporară de muncă a celor dispensarizaţi*

Morbiditatea individuală cu incapacitate temporară de muncă a dispensarizaţilor prezintă variaţii semnificative pe grupe de îmbolnăviri, crescînd proporţiile grupelor cu mai puţine îmbolnăviri şi scăzînd remarcabil grupele de îmbolnăviri frecvente şi de lungă durată, ceea ce exprimă eficienţa dispensarizării.

Tabelul 8

Morbiditate individuală cu incapacitate temporară de muncă a dispensarizaţilor

Procente de bolnavi cu număr variat de îmbolnăviri

Anul	Total	Cu 1 îmboln.	Cu 2 îmboln.	Cu 3 îmboln.	Cu 4 îmboln.	Cu 5 îmboln.	Cu 6 îmboln. şi peste
1953	100,0	31,1	23,0	8,2	6,6	8,2	23,0
1954	100,0	26,5	14,4	20,5	7,2	13,3	18,1
1955	100,0	35,0	16,3	20,0	13,7	10,0	5,0

În toţi cei trei ani, grupa bolnavilor cu o singură îmbolnăvire are cele mai ridicate procente (între 26,5 în 1954 şi 35 în 1955).

În grupa cu 3—4 îmbolnăviri se constată o creştere, mai ales la cea cu trei îmbolnăviri. Se remarcă o scădere foarte accentuată, an de an, a grupei cu 6 şi peste 6 îmbolnăviri, de la 23% la 5%.

Dacă socotim în ansamblu grupele cu 5 şi cu 6 îmbolnăviri şi peste, se constată un nivel sensibil apropiat al procentelor în primul an de dispensarizare faţă de anul 1953, pentru ca, în 1955, să scadă cu peste 50%.

★

În concluzie, după doi ani de dispensarizare se remarcă rezultate evidente în îmbunătăţirea sănătăţii celor dispensarizaţi.

Aceasta se dovedeşte prin metoda analizei stării sănătăţii dispensarizaţilor şi a morbidităţii individuale pe grupe de bolnavi cu număr variat de îmbolnăviri, la finele anilor 1954 şi 1955, în comparaţie cu situaţia de dinainte de dispensarizare.

In ce privește reducerea zilelor de incapacitate temporară de muncă, în al doilea an de dispensarizare se înregistrează o scădere a indicelui de gravitate, care se face mai ales în contul afecțiunilor intercurente ale dispensarizaților.

Aprecierea eficienței dispensarizării, pe baza reducerii incapacității temporare de muncă, determinată de afecțiunile cronice dispensarizate, credem că se va putea face numai după o perioadă mai îndelungată de supraveghere.

In cadrul metodelor utilizate, analiza pe grupul omogen de dispensarizați, care au fost urmăriți fără întrerupere timp de doi ani, este mai concludentă.

BIBLIOGRAFIE

ASTAFIEVA T. M. — *Analele romîno-sovietice*, Seria igienă și organizare sanitară, 1952, nr. 2, p. 15.
AȘURKOV E. D. — *Sovetskoe zdravoohranenie*, 1954, nr. 3, p. 5.
CHIRIAC D. — *Ocrotirea sănătății în R.P.R.*, 1953, nr. 4, p. 24.
ILEA T., GROSZ G. — *Ocrotirea sănătății în R.P.R.*, 1953, nr. 4, p. 10.
KATENELENBAUM M. S. — *Caiet documentar de igienă și organizare sanitară*, 1956, nr. 1, p. 56.
LEKAREV L. G. — *Sovetskoe zdravoohranenie*, 1952, nr. 3, p. 8.
LUKONSKI P. E. — *Sovetskaia mediținа*, 1954, nr. 10.
MAISTRAH K. V. — *Ocrotirea sănătății în R.P.R.*, 1953, nr. 2, p. 73.
PRUTEANU P. V. — Dispensarizare. Editura medicală, București, 1955.
SINGUROVA A. F. — *Ocrotirea sănătății în R.P.R.*, 1953, nr. 10, p. 12.
*** — *Sovetskoe zdravoohranenie*, 1953, nr. 5, p. 1.

Articol intrat în redacție în mai 1956.

Unele probleme în legătură cu arondarea și organizarea circumscripțiilor sanitare rurale

Dr. Gh. Iliescu

Problema organizării ocrotirii sănătății populației din mediul rural a constituit una din principalele sarcini și preocupări al Ministerului Sănătății după 1944. Ministerul Sănătății a căutat să îmbunătățească cît mai mult starea sanitară a satelor și comunelor și să asigure o asistență curativo-profilactică cît mai calificată și mai apropiată de locul de muncă pentru țărănimea muncitoare.

In noua concepție organizatorică a ocrotirii sănătății publice în statul democrat popular, principiul profilaxiei constituind baza activității, se impune, ca o urmare firească și absolut indispensabilă, o justă teritorializare, pentru a putea cunoaște și a îmbunătăți situația sanitară în mediul rural.

Plecînd de la o bază materială cu totul necorespunzătoare pînă în 1944, Ministerul Sănătății a reușit ca pînă astăzi să obțină succese importante în activitatea de organizare a asistenței curativo-profilactice și a consolidării și dotării unităților sanitare din sate și comune. A crescut

numărul dispensarelor, au apărut unități de tip nou: case de naşteri, dispensare de copii, bucătării de lapte, staționare şi spitale de circumscripție etc.

Această puternică bază materială a putut permite aplicarea mai largă a principiului teritorializării, numărul circumscripțiilor sanitare rurale crescînd cu 30%, iar numărul mediu al populației pe o circumscripție scăzînd în proporție corespunzătoare comparativ cu anul 1944.

Principiul de bază urmărit pînă în prezent în arondarea teritoriului circumscripțiilor sanitare rurale a fost numărul mediu al populației. In acest sens, s-a obținut ca astăzi acest număr mediu să fie de aproximativ 6 500 de locuitori pe o circumscripție rurală, ceea ce reprezintă un indice aproape bun, iar ca tipuri, două feluri de circumscripții: cu dispensar sau cu spital de circumscripție.

Situația actuală a teritorializării circumscripțiilor rurale, analizată temeinic, şi în lumina dezvoltării şi ridicării standardului de viață al țărănimii muncitoare, prin industrializarea şi transformarea socialistă a agriculturii, nu este încă satisfăcătoare. Dacă în unele regiuni, ca de exemplu, Timişoara, necesitățile de arondare sînt minime, în alte regiuni, ca de exemplu, Craiova sau Bucureşti, se ridică numeroase probleme, cerînd o nouă şi mai justă împărțire a raioanelor în circumscripții sanitare rurale.

Astfel, dacă media populației pe circumscripție este de 6 500, totuşi, în diverse regiuni mai există circumscripții care depăşesc 10 000. Altele au teritoriul foarte întins, depăşind uneori o rază de acțiune de 20 km.

In anumite zone specifice de mediu geografic, ca de exemplu, zona muntoasă sau Delta, dispersarea populației şi căile de comunicație foarte grele fac ca anumite circumscripții rurale, deşi au un număr de locuitori la nivelul mediei pe țară sau chiar sub medie, să nu poată fi cuprinse de medicul circumscripției.

Dezvoltarea industriei sau sectorului socialist agricol, cu preponderență în anumite raioane, face ca teritorializarea şi organizarea unor circumscripții rurale să nu mai fie corespunzătoare.

In alte raioane şi circumscripții se constată că sediile circumscripțiilor nu corespund, față de tendința naturală a populației de a gravita către anumite centre economice.

Exemple de acest fel pot fi găsite în toate regiunile, demonstrînd necesitatea unei noi arondări şi organizări în mediul rural.

Experiența trecutului şi nevoile prezentului trebuie să constituie punctul de plecare al acestei acțiuni.

Principiile de care credem că este necesar să se țină seama în primul rînd în acțiunea de arondare şi organizare a circumscripțiilor rurale sînt următoarele:

1. Arondarea şi organizarea circumscripțiilor sanitare trebuie concepută, nu ca o formă stabilă şi definitivă, ci ca o adaptare în mişcare a organizării sanitare la transformarea şi dezvoltarea continuă a mediului rural, din punct de vedere economico-social. Teritorializarea şi formele organizatorice pe care le introducem trebuie privite ca necesare şi satisfăcătoare numai pentru etapa actuală, urmînd ca în viitor ele să fie dezvoltate şi adaptate în acelaşi ritm cu dezvoltarea economică. Desigur că în organizarea actuală trebuie să ținem însă seama şi de perspectivele de viitor.

2. Teritorializarea circumscripțiilor rurale şi organizarea lor nu tre-

buie să se facă în mod mecanic, după anumite tipare fixe, ci trebuie găsite formele cele mai adaptabile la nevoile şi specificul terenului.

Avînd ca orientare generală aceste două principii mari, este necesar ca o serie întreagă de factori să fie ţinuţi în seamă în arondarea circumscripţiilor rurale.

Impărţirea sanitară nu poate să nu concorde cu împărţirea administrativă, astfel că unitatea de bază trebuie să fie comuna. Acest lucru este necesar, ţinînd seama că activitatea sanitară, în concepţia actuală, este o acţiune de masă, care nu poate fi teritorializată decît conform razei de acţiune a sfaturilor populare locale. Se vor întîlni cazuri în care o circumscripţie are o singură comună şi aceasta are peste 9 000—10 000 locuitori. Soluţia care trebuie studiată în acest caz este posibilitatea înfiinţării unei circumscripţii cu doi medici sau cu spital de circumscripţie.

In cadrul unei concordanţe între împărţirea administrativă şi cea sanitară, va trebui să ţinem seama de gravitaţia naturală a populaţiei către anumite centre economico-administrative şi acolo să fixăm sediile circumscripţiilor şi spitalelor.

Teritoriul unei circumscripţii rurale va cuprinde pe cît posibil, toate comunele şi satele care gravitează în mod natural spre centrul economico-administrativ, unde trebuie să se afle sediul circumscripţiei sanitare.

In anumite cazuri, cînd populaţia rurală dintr-un anumit teritoriu rural gravitează în mod natural către oraşul învecinat, şi nu există nici o altă posibilitate de justă arondare a acestui teritoriu, se vor putea studia posibilităţile constituirii unei circumscripţii rurale cu sediul în oraş.

Luînd în discuţie numărul populaţiei pe circumscripţii, trebuie analizate şi remediate situaţiile cînd media pe ţară, care este aproape bună, este mult depăşită, atingînd cifre care depăşesc 8 000—10 000 locuitori. Ele pot fi rezolvate, fie printr-o nouă şi mai justă teritorializare, fie prin găsirea unei formule organizatorice satisfăcătoare, ca de exemplu circumscripţii cu doi medici sau circumscripţii cu spitale.

Populaţia, ca număr, luată şi analizată separat, poate duce de multe ori la greşeli în judecarea arondării unei circumscripţii. Strîns legate de numărul populaţiei, trebuie luate în consideraţie şi o serie întreagă de alte criterii, ca : raza de acţiune, configuraţia geografică, căile de comunicaţie şi specificul economic al teritoriului.

Circumscripţiile de munte cu rază de acţiune mare, datorită dispersării populaţiei şi cu căi de comunicaţie grele, pot cuprinde numai o populaţie de 3 000 sau chiar sub 3 000 de locuitori.

De asemenea, în Deltă, datorită căilor de comunicaţie foarte dificile şi distanţelor dintre sate şi comune foarte mari, se impune ca numărul de locuitori pe unele circumscripţii să scadă sub 3 000.

Dacă la specificul geografic adăugăm şi specificul economic, de exemplu sectorul forestier în regiunile muntoase şi sectorul piscicol în Deltă, atunci configuraţia şi organizarea circumscripţiilor rurale din aceste regiuni vor trebui să satisfacă necesităţile, nu numai în funcţie de numărul populaţiei, ci în funcţie mai ales de condiţiile locale, precum şi caracterul dezvoltării economice.

Industrializarea şi transformarea socialistă a agriculturii au adus o caracteristică nouă în felul de viaţă şi morbiditate din sectorul rural. Apariţia G.A.S., S.M.T., G.A.C. a ridicat probleme noi de asistenţă curativo-

profilactică şi sanitaro-antiepidemică în colectivităţi rurale, de obicei cu o rază de dispersiune foarte mare.

In prezent, aceste probleme se rezolvă adesea pe două reţele: una, cea de bază a circumscripţiei rurale, iar alta de unităţi sanitare proprii ale sectorului socialist agricol.

Teritorializarea circumscripţiei, amplasarea sediului dispensarului sau spitalului, precum şi mai ales a punctelor de sănătate cu personal mediu, trebuie să ţină seama de dezvoltarea şi specificul acestui important sector agricol socialist.

In afara factorilor analizaţi mai sus, în arondarea şi organizarea circumscripţiei sanitare trebuie să ţinem seama şi de posibilităţile de acoperire cu cadre, precum şi de existenţa unor condiţii materiale corespunzătoare pentru amplasarea dispensarelor şi spitalelor (localuri corespunzătoare).

Problema acoperirii cu cadre medicale a mediului rural este în curs de rezolvare faţă de numărul actual al circumscripţiilor rurale, iar creşterea şi lărgirea reţelei de instituţii medico-sanitare în mediul rural trebuie să se facă progresiv şi armonios faţă de posibilităţile de pregătire de noi cadre medicale. De asemenea, în etapa actuală trebuie să analizăm formele necesare pentru o mai bună şi mai largă utilizare a cadrelor medii în rural.

In special cadrele medii de tip nou — felcerii — trebuie utilizaţi în mai mare măsură în mediul rural şi în special la punctele de sănătate din comune, sate şi unităţi agricole socialiste.

Condiţiile materiale pentru o bună organizare a dispensarelor şi spitalelor rurale sînt determinate în primul rînd de localuri. În prezent, accentul construcţiilor în mediul rural se pune la nivelul capitalelor raionale, pe spitalul raional. Pentru organizarea spitalului rural sau dispensarului trebuie folosite încă clădirile existente, cu amenajările necesare. De aceea, în fixarea sediilor de circumscripţii şi spitale de circumscripţii, trebuie să ţinem încă seama astăzi şi de posibilităţile de a avea sau nu un local corespunzător sau care ar putea deveni corespunzător prin amenajări.

Analizînd în mod judicios toţi factorii enumeraţi mai sus, de care trebuie să ţinem seama în teritorializarea şi organizarea circumscripţiilor rurale, putem vedea, în mare, care sînt formele organizatorice necesitate în mediul rural pentru asistenţa curativo-profilactică calificată.

Acestea sînt: circumscripţia sanitară rurală cu dispensar, care poate avea, în funcţie de întinderea, populaţia şi specificul geografic şi economic, unul sau doi medici şi circumscripţia sanitară cu spital de circumscripţie.

Spitalul rural, aşa cum există el astăzi, prezintă o diversitate de forme şi mărimi, de la spitalul mixt la spitalul profilat pe secţii, de la spitalul cu 15 — 20 de paturi la spitalul cu 100 de paturi.

Spitalul rural, ca activitate profilactică şi sanitaro-antiepidemică, trebuie să activeze numai pe teritoriul circumscripţiei sale. Ca activitate curativă de specialitate însă, spitalele de circumscripţie, în special cele care au peste 50 de paturi, au menirea de a primi toţi bolnavii care gravitează din circumscripţiile învecinate, lipsite de un staţionar cu paturi pentru o asistenţă mai calificată şi uneori chiar specializată.

Din experienţa ultimilor ani, se desprinde concluzia că staţionarele de

adulți și spitalele de circumscripție mici, sub 30 de paturi, nu au eficiență, în marea lor majoritate.

Arondarea circumscripțiilor rurale constituie momentul în care este necesar a se analiza, la fiecare raion, bazinele de gravitație naturală a populației și a stabili, în centrul lor, spitale de circumscripție cu cel puțin 50 de paturi. În general, se socotește că în prezent un raion cu circa 10 circumscripții este satisfăcut de 2 — 3 spitale de circumscripție cu condiția ca ele să aibă o amplasare justă și un minimum necesar de paturi.

Pentru o bună funcționare tehnică și organizatorică a circumscripțiilor rurale, nu se pot lua măsurile cele mai juste, fără a se analiza și legătura lor cu centrul de specialitate și baza metodologică care trebuie s-o constituie spitalul raional.

De aceea, lucrarea de arondare și organizare a circumscripției rurale este necesar să meargă paralel cu o preocupare de întărire a spitalului raional, care trebuie să aibă un minimum de secții de specialitate și să constituie forul metodologic de îndrumare permanentă, pe linie tehnică, a dispensarelor și spitalului de circumscripție.

Rezerva de paturi ce o constituie astăzi în mediul rural staționarele de adulți, fiind neeficientă, trebuie folosită prin reprofilare la întărirea spitalelor raionale și a celor de circumscripție, care sînt necesare în anumite centre de gravitație naturală a populației.

Din întreaga expunere a principiilor și factorilor mai importanți care trebuie avuți în vedere lucrarea de arondare se mai desprinde concluzia practică că această operație nu se poate efectua în condiții bune și reale decît după ce se cunosc perfect de bine condițiile locale pe teren și numai cu colaborarea efectivă a celor care lucrează în mod practic în regiunile și raioanele respective.

Aplicarea practică a celor cîtorva indicații teoretice expuse mai sus, privind arondarea și organizarea circumscripției rurale, se poate ilustra cu exemple din Regiunea Iași, unde în luna aprilie din acest an s-a experimentat această lucrare.

Au fost necesare, în această regiune, următoarele modificări organizatorice pentru îmbunătățirea arondării circumscripției rurale: să se desființeze trei circumscripții, să se înființeze alte 8, iar 29 de circumscripții să-și modifice teritoriul, să se înființeze alte 3 cu cîte 2 medici, să se schimbe sediul a 2 circumscripții, să se propună spre înființare două noi spitale de circumscripție și două dispensare de copii cu staționar.

În raionul Negrești, de exemplu, s-au desființat circumscripțiile Ipatele și Rebricea; comuna Ipatele cu 2 241 de locuitori a trecut la Negrești, conform căilor de comunicație și gravitație naturale formîndu-se o circumscripție de 8 611 locuitori, însă cu spital raional. În locul circumscripției Rebricea s-a înființat circumscripția Drăgușeni, care a primit comuna Scheia cu 3 368 de locuitori de la circumscripția Ipatele și comuna Rebricea, cu 1 968 de locuitori. Sediul comunei Drăgușeni este în mijlocul noii circumscripții, spre care merg toate drumurile din comunele sale. Circumscripția Domnești s-a desființat, comuna Domnești fiind foarte aproape de sediul circumscripției cu spital de circumscripție Băcești cu 56 de paturi, împreună cu comuna Todirești au format circumscripția Todirești, conform gravitației naturale a populației, fiind în același timp și un important centru agricol socialist.

Raionul Vaslui ne oferă exemplul de circumscripție rurală cu sediul

în oraș. Circumscripția Bălteni cuprindea comunele Bălteni și Pușcaș, totalizînd 4 816 locuitori, iar distanța dintre ele de 15 km, fără șosele bune. In schimb, atît comuna Pușcaș cît și comuna Bălteni converg în mod natural spre orașul Vaslui. S-a format astfel o circumscripție din comunele: Pușcaș, Bălteni și Muntenii de Sus, cu sediul în orașul Vaslui (Vaslui jur).

In raionul Iași, circumscripția Voinești este formată din 3 comune: Voinești, Mogoșești și Hîrlești, totalizînd 11 500 locuitori; față de configurația geografică și gravitația naturală a populației, nu s-a putut trece nici o comună de la această circumscripție la altele învecinate și atunci s-a propus soluția circumscripției cu doi medici.

Circumscripția Lespezi, din raionul Pașcani, avea o singură comună, cu 7 005 locuitori; prin arondare i se adaugă comuna Sirețel, cu 3 135 de locuitori de la circumscripția Stolniceni-Ghițescu, din cauză că drumurile și specificul economic leagă mai bine cele 2 comune. Și aici, pentru acoperirea terenului și a numărului populației, s-a găsit necesară forma circumscripției cu doi medici.

In raionul Huși, circumscripția Stănilești, cu 9 349 locuitori, cuprindea 4 comune cu o rază de acțiune de 27 km; prin arondare s-au format două circumscripții: Stănilești, cu 5 608 locuitori, și Lunca Banului, cu 3 741 locuitori, reducîndu-se raza de acțiune la jumătate.

Ca exemplu de bună amplasare a spitalelor de circumscripție, se poate analiza situația raionului Huși. Nordul raionului este deservit de spitalul de circumscripție Răducăceni, cu 90 de paturi, care asigură 3 — 4 circumscripții învecinate și chiar o parte în extremitatea sudică a raionului Iași. Partea de centru raional Huși folosește paturile spitalului raional și spitalul de circumscripție Ghermănești cu 45 de paturi. Extremitatea sudică a raionului, formată din 4 circumscripții, gravitează spre spitalul de circumscripție Mălăiești, cu 50 de paturi.

In concluzie, în regiunea Iași, cu o creștere foarte mică a numărului de circumscripții, s-au putut face propuneri pentru o mai justă teritorializare și organizare a circumscripțiilor rurale, conform specificului local și în condițiile actuale privind posibilitățile de cadre și bază materială.

Privind lucrarea de arondare a circumscripțiilor, nu ca o formulă fixă, ci ca o permanentă adaptare a organizării sanitare rurale la dezvoltarea social-economică a mediului rural, vom putea găsi totdeauna, în teren, soluțiile cele mai practice, care trebuie să aibă un singur scop: îmbunătățirea continuă a calității asistenței medicale curativo-profilactice ce se asigură țărănimii noastre muncitoare.

Articol intrat în redacție în mai 1956.

Probleme de epidemiologie în combaterea sifilisului florid

Depistarea formelor contagioase de sifilis florid

Dr. A. Mincu, cercetător principal la Centrul dermato-venerologic
Valeria Stoian, soră de ocrotire la Centrul dermato-venerologic

Înţelegem prin forme contagioase de sifilis florid cazurile de sifilis primar şi secundar, caracterizate prin eflorescenţe generalizate sau reduse ca număr, foarte bogate în spirochete. Manifestările sifilisului terţiar, cu leziuni unice sau strict limitate, sărace în spirochete reprezintă posibilităţi minime de transmitere, care nu necesită aplicarea unor măsuri epidemiologice de mare amploare.

Sifilisul a constituit, pînă mai acum cîţiva ani, una din cele mai importante probleme de sănătate publică din ţara noastră.

Socotit ca „boală ruşinoasă" de o populaţie lipsită de educaţie sanitară, neglijat de autorităţile competente, cărora le lipsea baza social-economică pentru a-l ataca pe plan profilactic, acest flagel a bîntuit cu furie, mai ales în anumite regiuni şi oraşe, avînd un indice de morbiditate ridicat, mai ales la copii.

În ultimii ani, combaterea sifilisului florid, etichetat just ca boală contagioasă, a căpătat o orientare antiepidemică, singura care poate rezolva factorul de contagiozitate în masă, caracteristic acestei boli.

Metodele antiepidemice constau în :

1. Depistarea cazurilor. 2. Internarea lor în staţionare pe toată durata primei serii de tratament. 3. Ancheta epidemiologică în lanţ, privind sursa de îmbolnăvire şi contacţii sexuali şi familiali. 4. Asigurarea tratamentului ulterior pînă la vindecarea completă.

În articolul de faţă ne vom ocupa de prima măsură antiepidemică : depistarea bolnavilor florizi, purtători de leziuni contagioase.

Este lesne de înţeles că factorul depistare este una din verigile cele mai importante din combaterea sifilisului florid, el ducînd la scoaterea din circuit a unui bolnav contagios, care reprezintă potenţiale multiple de îmbolnăvire pentru contacţii săi sexuali şi de convieţuire.

În mod principial, depistarea bolnavilor se face în două feluri : pasiv, prin prezentarea lor, din proprie iniţiativă, la un serviciu de consultaţii, sau, în mod activ, prin descoperirea lor datorită unor investigaţii iniţiate dinafară, în marea majoritate a cazurilor, de reţeaua de specialitate. Să cercetăm mai în amănunţime care sînt avantajele şi dezavantajele acestor posibilităţi de depistare.

Aparent, prezentarea spontană a bolnavului în faţa organelor medicale ar trebui să aibă avantajul posibilităţii depistării, chiar de la apariţia primelor semne de boală. Cunoscînd existenţa bolilor venerice, observînt apariţia unor stări anormale în regiunea organelor sexuale, fiind şi cel mai în măsură să lege această simptomatologie de raporturile sexuale avute în ultimul timp, ar părea firesc ca bolnavul respectiv să se seziseze şi să ceară a fi examinat de urgenţă de un medic de specialitate.

În realitate, acest lucru se întîmplă numai arareori.

Majoritatea bolnavilor neglijează simptomatologia redusă şi aproape lipsită de semne subiective a accidentelor sifilitice primare, punînd-o pe seama unor incidente anodine ; alţii, etichetînd-o ca o „afecţiune ruşinoasă", amînă mereu consultul medical şi, în ultimă instanţă, preferă tra-

tamente recomandate empiric de persoane necalificate. Ne dăm seama de posibilităţile multiple de transmitere pe care le reprezintă aceşti bolnavi, care continuă a se comporta ca oameni sănătoşi, transmiţînd boala în serie contacţilor sexuali şi chiar de convieţuire.

In trecut, această atitudine indiferentă faţă de îmbolnăvire era oarecum justificată. Lipseau unităţile sanitare de specialitate; consultaţiile şi tratamentele se plăteau. Astăzi însă, cînd Ministerul Sănătăţii a pus la dispoziţia populaţiei în oraşe la fiecare două circumscripţii sanitare un punct antivenerian, încadrat cu medic de specialitate şi dotat cu toate posibilităţile de a pune un diagnostic corect, cînd medicii de circumscripţie sînt instruiţi special în problema combaterii bolilor venerice şi cînd tratamentele se fac cu totul gratuit, aceste neglijenţe ale bolnavilor, pline de urmări grave pentru cei din jurul lor, nu mai sînt permise. Ele sînt explicabile numai printr-o educaţie sanitară încă insuficientă a unor pături ale populaţiei noastre. Socotim ca o sarcină deosebit de importantă a Centrului de educaţie sanitară, revizuirea metodelor de propagandă antivenerianâ, prin alegerea formelor celor mai sugestive, aplicate cu perseverenţă, difuzate în cercuri cît mai largi ale populaţiei, pentru a suprima în cel mai scurt timp acest amestec de „jenă" şi ignoranţă, care duce la întîrzieri importante în depistarea bolnavilor cu sifilis florid.

Pînă la realizarea deziderateului expus mai sus, care ar avea ca rezultat aplicarea metodelor antiepidemice cu maximum de eficacitate, reţeaua antivenerianâ este nevoită să intensifice metodele active de depistare a formelor floride de boală. In acest scop, ne servim de: ancheta epidemiologică, examenul la angajare, certificatul prenupţial, examinarea clinică şi serologică a gravidelor, controlul periodic antivenerian al unor categorii de salariaţi şi de sondajele în focarele de morbiditate.

Dintre toate acestea, cea mai eficace s-a dovedit a fi ancheta epidemiologică (pl. 1 şi 2) [1].

Tabelul 1

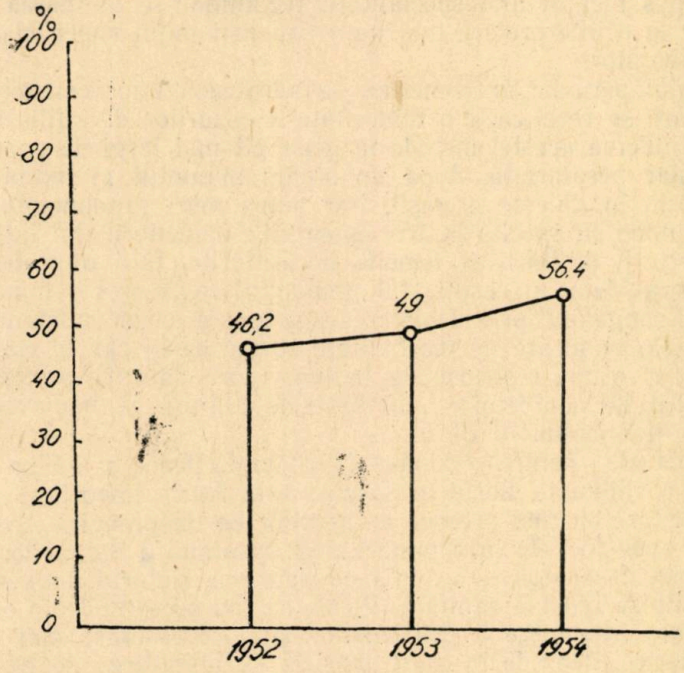
Modul depistării						
Activ 30,2				Pasiv 69,8		
100 cazuri	Examen la angajare	Anchetă epidemiologică	Control periodic antivenerian	Sondaje	Consultaţii de specialitate	Alte consultaţii
	1,7	22,5	1,6	4,4	44,4	25,4

Tabelul 2

Depistări active				
	Examen la angajare	Anchetă epidemiologică	Control periodc antivenerian	Sondaje
100 cazuri	5,5	74,5	5,2	14,8

[1] Datele statistice provin dintr-o lucrare a Centrului dermato-venerologic intitulat „Studiul morbidităţii sifilisului florid prin prisma factorilor care o condiţionează".

Practicată asupra bolnavului florid, urmărind să depisteze şi să scoată din circuit sursa lui de contaminare, contacţii sexuali şi familiali îmbolnăviţi, ancheta epidemiologică era sortită să devină metoda de elecţie în combaterea profilactică a bolilor venerice şi în special a sifilisului. Iată însă că, după mai mult de cinci ani de activitate în această direcţie, ne lovîm încă de greutăţi care împiedică sterilizarea focarelor în totalitatea lor. In graficul nr. 1 redăm din lucrarea citată procentul de surse de contaminare depistate în 1952, 1953, 1954.



Graficul 1.

Proporţia de 56,4% realizată în 1954, îmbunătăţită încă într-o mică măsură, după cum sîntem informaţi, în anul 1955, deşi este acceptabilă pentru etapa actuală, nu corespunde nici pe departe scopului propus. Există două greutăţi principale de care se lovesc organele anchetatoare în practica zilnică a anchetelor epidemiologice. Cea dintîi rezultă din uşurinţa cu care mulţi dintre bolnavii noştri afirmă a fi stabilit raporturile sexuale, în majoritatea lor unice, cu persoanele de la care s-au îmbolnăvit. In asemenea condiţii, ei nu cunoşteau desigur mai nici un amănunt necesar identificării acesteia. A doua greutate rezultă dintr-o mentalitate greşită a bolnavilor asupra eforturilor noastre de a cunoaşte sursa şi contacţii sexuali. Neînţelegînd prea bine rolul important al muncii antiepidemice, temîndu-se de complicaţii familiale, provenite dintr-o lipsă de discreţie, mulţi dintre aceştia preferă să ascundă numele partenerilor sexuali.

Credem că aceste greutăţi nu pot fi îndepărtate decît printr-o educaţie sanitară sexuală şi antiveneriană dusă cu perseverenţă şi convingere. Ancheta epidemiologică nu poate da maximum de randament decît aplicată la persoane conştiente, doritoare de a ne ajuta în muncă.

Celelalte metode de depistare activă : examenul la angajare, controlul periodic antivenerian, controlul gravidelor, certificatele prenupţiale şi sondajele în focare de morbiditate nu au reuşit depistarea decît a unei proporţii de 7,7% din bolnavii cercetaţi în lucrarea citată. Această cifră redusă denotă insuficienţe mari în aplicarea metodelor respective. In special, examenul medical la angajare ne decepţionează. Din cîte sîntem informaţi, această metodă eminamente activă, sortită a depista în afara bolilor venerice şi o serie de alte afecţiuni cronice şi chiar acute, nu-şi îndeplineşte scopul propus nici în alte specialităţi, rezumîndu-se în marea majoritate a cazurilor la o interpretare mai mult sau mai puţin superficială a analizelor de laborator.

Controlul periodic antivenerian se adresează unor categorii de salariaţi din care se recoltează o minoritate a cazurilor de sifilis florid. Credem că extinderea acestei metode la mase cît mai largi de populaţie salariată şi chiar nesalariată, după un studiu mănunţit al morbidităţii prin sifilisul florid în diverse profesii, i-ar putea mări randamentul. In acest sens, ne gîndim în special la trei categorii : muncitorii din întreprinderile de transporturi, militarii şi femeile necăsătorite, fără o profesie stabilă. Controlul gravidelor şi certificatul prenupţial realizează o bună profilaxie a sifilisului congenital prin depistarea mai ales a formelor latente de boală.

Sondajele în focare de morbiditate se fac de la caz la caz, prin examinarea unor grupe restrînse de indivizi, care datorită profesiei lor sau unor condiţii de convieţuire mai speciale alături de bolnavul în cauză ar fi putut fi îmbolnăviţi de el.

In concluzie : pentru o combatere cît mai eficace a bolilor venerice în general şi a sifilisului florid în special, este foarte important să se realizeze o depistare cît mai precoce a cazurilor de îmbolnăviri. Această depistare poate avea loc, fie prin prezentarea spontană a bolnavilor la consultaţii, fie prin descoperirea lor în mod activ cu ajutorul unor metode speciale, folosite de reţeaua sanitară. Prima formă, necesitînd din partea populaţiei o mare înţelegere a problemelor şi o considerare mai obiectivă a bolilor venerice, depinde în mare măsură de pregătirea de educaţie sanitară antivenerianâ. Ea nu dă încă la noi rezultatele dorite, bolnavii prezentîndu-se la consultaţii cu mari întîrzieri sau recurgînd la tratamente necorespunzătoare.

De aceea în etapa actuală este necesar a se intensifica la maximum metodele de depistare activă.

Dintre aceste metode, cea mai eficace ni se pare ancheta epidemiologică practicată fiecărui caz de sifilis florid, cu ajutorul căreia pot fi scoşi din circuitul patologic izvorul de contaminare şi contacţii îmbolnăviţi.

Prin examinări mai complete la angajarea în serviciu, prin extinderea categoriilor de salariaţi supuşi controlului periodic antivenerian şi prin investigaţiile mai amănunţite în focarele de morbiditate, credem că se va reuşi de asemenea o îmbunătăţire a depistărilor în sifilisul florid.

Articol intrat în redacţie în aprilie 1956.

*Importanţa cunoaşterii interesului populaţiei pentru problemele de ocrotire a sănătăţii publice în vederea orientării acţiunilor educativ-sanitare**

Dr. V. Ivanov, dr. St. Manţu şi St. Steriade
Lucrare efectuată la Centrul de educaţie sanitară al Ministerului Sănătăţii (dir. E. Albu)

Un principiu de bază al activităţii de popularizare ştiinţifică este axarea tematicii pe ceea ce interesează în mod deosebit populaţia.

Noi credem că educaţia sanitară a maselor urmează acelaşi drum. De aceea, *noi am analizat în mod organizat interesul populaţiei pentru problemele de ocrotire a sănătăţii,* studiind sistematic peste 1 500 de scrisori dintre cele primite de centru sau alte unităţi medicale, presă şi radio. Pe baza unei fişe anume întocmită, studiul scrisorilor ne-a arătat că, prin conţinutul lor, pot fi grupate astfel :

— scrisori ce arătau un interes spontan al populaţiei şi

— scrisori determinate de noi prin stimularea organizată a interesului.

I. Pentru a cunoaşte aspectele pe care le îmbracă interesul spontan al populaţiei pentru problemele de educaţie sanitară, am sondat, în primul rînd, scrisorile trimise de populaţie instituţiilor care se ocupă exclusiv de educaţie sanitară. Din mai multe sute de scrisori s-au dovedit utile investigaţiei noastre, un număr de 152. Analizînd aceste scrisori, constatăm că 50% oglindesc interesul şi *dorinţa de a sprijini prin sezisări şi propuneri iniţiativele în opera de asistenţă medicală a populaţiei.* Numărul cel mai ridicat de iniţiative şi sezisări aparţine tineretului şi muncitorilor industriali. Un număr important dintre aceştia manifestă interes pentru dezvoltarea şi îmbunătăţirea procesului educativ sanitar. Deseori autorii scrisorilor se angajează la o participare activă în rezolvarea sezisărilor ; de asemenea, ei solicită titluri noi de materiale educativ-sanitare, dau sugestii în legătură cu calitatea materialelor. Acest interes pentru problemele de cultură sanitară şi de îmbunătăţire a procesului educativ sanitar ne ajută să orientăm mai bine tipăriturile noastre spre ceea ce place marelui public.

Al doilea capitol la care se referă, în ordinea frecvenţei, cele mai multe scrisori, este acela al *problemelor de igienă* (aproape 21%), apoi urmează, în ordine, *problemele de terapeutică* (19%).

Din numărul total al celor ce se adresează în scris Centrului de educaţie sanitară, numărul bolnavilor este aproape egal cu al celor sănătoşi. *Cei mai mulţi bolnavi (72%) se interesează de probleme terapeutice, dintre care aproape jumătate pun întrebări* în legătură cu regimul de muncă şi viaţă în boala lor. Îndeosebi interesează regimul alimentar.

Scrisorile primite de centru oglindesc, în parte, ecoul pe care îl are literatura educativ-sanitară editată de noi. Dacă numărul aproape egal de sănătoşi şi bolnavi care ne scriu, oglindeşte în parte, orientarea judicioasă a tematicii publicaţiilor noastre, numărul mare de întrebări privind igiena alimentară şi dietoterapia arată că nu am făcut încă suficient în această privinţă.

---

* Extras din comunicarea făcută la cea de a III-a Conferinţă internaţională de educaţie sanitară de la Roma 26.IV — 3.V.1956.

O altă cale spontană de manifestare a interesului populației pentru problemele medico-sanitare investigate de noi, o reprezintă scrisorile primite de posturile de radio. În cadrul emisiunilor „Sfatul medicului", care se transmit de două ori pe zi la posturile centrale radio, tematica este axată pe teme curativo-profilactice. Se dau, de regulă, explicații fiziopatologice și sfaturi profilactico-curative în diferite boli. Dintre scrisorile trimise de populație posturilor noastre de radio în anul 1955, am analizat conținutul a 200 de scrisori, care ni s-au părut mai utile. Din analiză a reieșit că numărul bolnavilor care scriu posturilor de radio este de două ori mai mare decît al celor sănătoși. Cele mai multe întrebări se referă la problemele de terapeutică (78,5%). Cele mai frecvente întrebări privesc afecțiunile cardio-vasculare. Și aici, muncitorii industriali sînt aceia care scriu cel mai mult (36%). Faptul că majoritatea corespondenților radioului se interesează de probleme de patologie și terapeutică, noi ni-l explicăm prin caracterul tematicii emisiunilor, axată pe teme curativo-profilactice.

★

O a treia cale spontană de manifestare a interesului populației, studiată, a fost corespondența primită de presă. Am cercetat și fișat 907 scrisori primite în anul 1955 de cîteva organe de presă din București. Datele mai importante care au reieșit sînt următoarele:

a) *Numărul corespondenților care pun întrebări de patologie sau terapeutică* este mult mai mic decît cel al corespondenților sănătoși.

Corespondența populației sănătoase se axează în cea mai mare parte pe propuneri, sugestii, sezisări și diferite inițiative, menite să dezvolte și să îmbunătățească opera de ocrotire sanitară.

Aceasta se explică, după părerea noastră, prin caracterul ziarelor care se ocupă mai mult de spirijinirea organizării și rezolvării problemelor de ocrotire a sănătății, decît cu popularizarea științei medicale.

Cea mai mare parte a corespondenților aparține și aici grupei sociale a muncitorilor industriali (70,3%).

II. Alături de aceste scrisori adresate de populație ziarelor, radioului și Centrului de educație sanitară, formă spontană a manifestării interesului, noi am cercetat încă cîteva *forme organizate*. În această direcție, cercetările noastre au cuprins: corespondența panourilor de întrebări și răspunsuri de la nivelul cîtorva policlinici, scrisorile cu răspuns plătit adresate bolnavilor care au părăsit sanatoriul și activitatea cursurilor sanitare voluntare.

Datele din panourile de întrebări și răspunsuri din cîteva policlinici din București și Arad pe care le prezentăm au la baza lor cercetarea conținutului a 84 de scrisori mai interesante găsite în momentul investigației noastre. Ele reflectă următoarea situație: explicații de fiziologie normală și patologică s-au cerut în 33,3% din cazuri, sfaturi profilactice și antiepidemice în 27,3% din cazuri etc.

Care sînt principalele observații privind interesul celor care frecventează policlinicile și folosesc cutia de corespondență? Majoritatea sînt bolnavii veniți la consultații, așa că este firesc ca conținutul scrisorilor să se axeze pe problemele afecțiunii lor, punînd acele întrebări pe care medicul nu i le-a lămurit îndeajuns sau a neglijat să le lămurească. Deci, această manifestare a interesului reprezintă adesea cererea pentru o com-

pletare sau compensare a activităţii defectuoase de educaţie sanitară, efectuată de policlinică.

In plus, caracteristica acestei căi de adresabilitate este posibilitatea oferită pentru întrebări intime, pe care unii bolnavi se jenează să le formuleze chiar medicului, personal. Iată cîteva : cînd se poate considera vindecat bolnavul de sifilis care urmează regulat tratamentul ; care este potenţialul sexual normal al unui bărbat de 50 de ani ; de ce unele persoane expiră un aer cu miros putred etc. De asemenea, se constată dorinţa de a cunoaşte explicaţia bolii, cauza şi prognosticul său.

★

Studiul scrisorilor cu răspuns plătit, adresate celor care au părăsit sanatoriul, noi l-am efectuat la sanatoriul de tuberculoşi din Tecuci, pe 196 de scrisori. Din numărul total al bolnavilor care au scris sanatoriului după părăsirea lui, 63,8% au cerut lămuriri în legătură cu regimul de trai, de alimentaţie, de muncă şi de odihnă în situaţia nou creată prin întoarcerea lor la domiciliu. S-a dovedit că recomandările generale privind cura bolnavului de tuberculoză, date la sanatoriu, nu pot fi totdeauna satisfăcătoare pentru a rezolva toate situaţiile ivite în condiţiile particulare. In proporţie de 21,4% au cerut date suplimentare privind continuarea tratamentului medicamentos la domiciliu ; 13,4% cer explicaţii de anatomie şi fiziologie normală şi patologică.

Studiul acestor scrisori arată interesul pentru cunoaşterea în amănunt a acelor factori igieno-dietetici a căror aplicare corectă de către bolnav nu constituie altceva decît participarea acestuia la grăbirea însănătoşirii, la prevenirea apariţiei recidivelor.

Dovedirea unui asemenea interes conduce medicul spre un sfat individualizat la maximum, care să ajute bolnavilor în rezolvarea problemelor practice, în raport cu cele mai variate situaţii personale.

Această formă educativ-sanitară constituie o bună metodă organizată de prelungire a contactului între medic şi pacient, şi în acelaşi timp o bună cale de sondare a interesului bolnavului pentru problemele curativo-profilactice legate de afecţiunea lui.

In ultimii ani a început în ţara noastră organizarea sistematică şi în proporţii de masă a unor cursuri sanitare pentru populaţie. Considerăm că aceste cursuri, care atacă unele din problemele esenţiale ale ocrotirii sănătăţii, constituie veriga esenţială în educaţie şi instrucţia sanitară a populaţiei. Am urmărit interesul populaţiei pentru cursurile sanitare de masă. Dat fiind caracterul voluntar al cursurilor, chiar numărul absolvenţilor lor poate fi socotit un criteriu de orientare în aprecierea creşterii interesului populaţiei pentru aceste probleme. Astfel, numărul absolvenţilor a crescut, din 1950, de la 21 477 la 1 380 000 în 1953. Creşterea este şi mai mare în rîndurile tineretului. Sondajul efectuat de noi arată că ceea ce atrage cel mai mult spre aceste cursuri este dobîndirea de cunoştinţe legate de primul ajutor în caz de accidente.

Concluzii

Gradul de interes al populaţiei pentru problemele de ocrotire a sănătăţii şi natura particulară a acestui interes depind de măsura în care populaţia este preocupată de apărarea propriei ei sănătăţi. Aceasta reflectă, în mare parte, nivelul cultural-sanitar al populaţiei.

Cercetarea efectuată de noi reflectă, în primul rînd, creşterea rapidă a interesului în ultimii ani, îndeosebi al populaţiei sănătoase, pentru participarea la opera de ocrotire a sănătăţii. În acelaşi timp, se vădeşte că natura interesului se formează treptat. Scrisorile populaţiei oglindesc, în mare parte, influenţa pe care a avut-o asupra lor tematica şi conţinutul activităţii de educaţie sanitară desfăşurată anterior.

Deci, atît gradul de interes, cît şi varietatea de interese pentru problemele de ocrotire a sănătăţii se formează şi sînt în creştere la noi.

Rezultă, în al doilea rînd, necesitatea elaborării continue de noi arme de educaţie sanitară. Astfel, a apărut la noi metoda corespondenţei dintre medicii sanatoriului şi foştii lor bolnavi sau folosirea panourilor de întrebări şi răspunsuri la policlinici.

Deci, între interes şi formele educaţiei sanitare există o interdependenţă şi condiţionare organizatorică reciprocă. Ţinînd seama de această interdependenţă, se dovedeşte deosebit de importantă studierea interesului manifestat de populaţie. Aceasta, în primul rînd, pentru a pune în evidenţă nedumeririle, confuziile sau părerile greşite şi dăunătoare pe care le poate avea o parte din public, asigurîndu-se o mai bună orientare a tematicii educaţiei sanitare. În al doilea rînd, studiul acestui interes, manifestat spontan de populaţie, scoate în evidenţă dorinţa sa legitimă de a păstra unele obiceiuri şi tradiţii în limitele principiilor igieno-sanitare uzuale.

Urmărirea direcţiilor spre care se îndreaptă interesul populaţiei în fiecare etapă dată trebuie să fie o obligaţie permanentă, atît pentru organizatorul educaţiei sanitare, cît şi pentru acei ce desfăşoară această activitate în sînul populaţiei, numai în felul acesta fiind posibilă cunoaşterea nivelului cultural sanitar real al populaţiei în vederea adaptării activităţii de educaţie sanitară la necesităţile concrete.

Articol intrat în redacţie în mai 1956.

Probleme privind elaborarea unui sistem de specializare a medicilor din R. P. R.

Prof. A. Gartner, dr. A. Kelemen, dr. V. Bratu
Catedra de organizare sanitară I.P.S.M.F.

În ţara noastră, specializarea şi perfecţionarea cadrelor medicale constituie o problemă de stat. Statul democrat-popular asigură condiţiile necesare pentru ridicarea continuă a nivelului de pregătire a medicilor, folosind această metodă ca o pîrghie în vederea îmbunătăţirii continue a asistenţei medicale acordate populaţiei. De aici decurge necesitatea de a elabora un sistem unitar de specializare şi perfecţionare, accesibil tuturor medicilor.

În trecut, în ţara noastră, specializarea medicilor a constituit o problemă particulară, pe care fiecare medic şi-o rezolva după posibilităţile lui personale. Specializarea în centrele medicale din ţara noastră sau străi-

nătate era accesibilă numai celor avuți. Prin unele forme de specializare, ca internat, secundariat, s-au format unele cadre bine pregătite, dar foarte puține la număr. Majoritatea medicilor făceau practică de medicină generală. Ne lipseau aproape complet cadre din unele specialități clinice, igieniști, medici de laborator etc. Județe întregi nu aveau nici un oftalmolog, oto-rino-laringolog sau neurolog; orașe importante nu aveau secții de pediatrie sau de obstetrică (de ex. Pitești, Bacău).

Datele recensămîntului din 1942, efectuat de fostul Minister al Sănătății și Ocrotirilor Sociale, arată cît de grea a fost în acea perioadă situația țării noastre în ce privește numărul de medici specialiști.

Pe lîngă numărul redus al medicilor specialiști (în total 2 505), majoritatea specialiștilor luați în evidență erau concentrați în București și alte cîteva orașe mari. O mare parte din specialiști nu activau în rețeaua de stat și deserveau numai pacienții lor particulari; igieniști aproape că nu erau în rețea.

Instaurarea Republicii Populare Romîne, trecerea la construirea bazelor socialismului, a pus sarcini noi în fața organelor sanitare. Trebuia să se dezvolte rapid rețeaua medico-sanitară, pentru a asigura maselor muncitoare o largă accesibilitate a asistenței medicale calificate, specializate, apropierea acesteia de locul de muncă și de trai al populației. Această sarcină însă nu putea fi realizată cu numărul de specialiști care exista pe atunci. In fața organelor de stat s-a pus sarcina de a crea urgent contingente noi de specialiști, îndeosebi în specialitățile grav deficitare. In anul 1949 a început pregătirea în ritm accelerat a specialiștilor. Intîi sporadic, prin I.C.S. și prin diverse institute de cercetare științifică, iar din 1952, în mod organizat și coordonat, în cadrul Institutului de perfecționare și specializare a medicilor și farmaciștilor (I.P.S.M.F.), au fost pregătiți un număr important de specialiști, ceea ce a permis lărgirea considerabilă a rețelelor existente și crearea unor noi rețele de specialitate.

Incepînd din 1949, prin cursurile de specializare au trecut 2 335 de medici.

Numai prin catedrele I.P.S.M.F. au fost pregătiți între altele: 184 ftiziologi, 254 radiologi, 117 oftalmologi, 122 oto-rino-laringologi, 123 epidemiologi, 92 bacteriologi și mulți alții. Aceasta a constituit un mare ajutor pentru crearea rețelelor de specialitate, a permis asigurarea cu cadre a specialităților fundamentale în principalele orașe și raioane. Un număr atît de mare de cadre specializate într-un timp atît de scurt nu s-ar fi putut pregăti prin nici o altă metodă.

In același timp, în vederea îmbunătățirii permanente a activității medico-sanitare, s-a introdus sistemul de stat al perfecționării medicilor. In trecut, perfecționarea medicilor nu constituia o problemă de stat; pentru imensa majoritate a cadrelor medico-farmaceutice, ea nu exista ca posibilitate. Abia în 1952, prin înființarea I.P.S.M.F., a început organizarea în mod sistematic a cursurilor de perfecționare pentru medici și farmaciști. Prin aceste cursuri au trecut pînă în prezent 3 477 medici și farmaciști, un număr destul de mare, totuși insuficient față de necesități. Au trecut de asemenea prin instructaje scurte (de o lună) 2 031 medici și farmaciști.

Prin înființarea I.P.S.M.F., în 1952, s-a creat un for metodologic și organizatoric unitar în problema perfecționării cadrelor medico-sanitare. Ca urmare, cursurile au crescut cantitativ și calitativ.

Cu toate rezultatele cantitative și chiar calitative obținute în speciali-

zarea şi perfecţionarea medicilor, ele au avut însă pînă acum un caracter fragmentar şi insuficient organizat. În prezent există condiţiile pentru a elabora şi realiza treptat *un sistem unitar de specializare şi perfecţionare a medicilor şi farmaciştilor.* Acest sistem trebuie să contribuie eficient la *determinarea circuitului medicilor şi farmaciştilor* prin diferite grade de ierarhizare, pe baza unor criterii bine definite şi să contribuie prin aceasta la o *justă politică de selecţionare şi promovare a cadrelor.* Acest sistem trebuie să-şi dea contribuţia hotărîtoare, atît la selecţionarea unor cadre cu o înaltă pregătire profesională şi ideologică, cît şi la creşterea permanentă a nivelului profesional al întregii mase medicale din ţară.

Lucrarea de faţă este rezultatul unui studiu privind procesul de specializare şi perfecţionare a medicilor şi farmaciştilor din ţara noastră, inclusiv al unei anchete ample, efectuate pe baza unei fişe speciale printre cadre didactice şi cadre din reţea de diferite grade şi din diferite localităţi ale ţării.

Pe baza acestui studiu, vom încerca să schiţăm principiile generale ale sistemului menţionat de specializare şi perfecţionare a medicilor şi farmaciştilor.

Pentru realizarea unui sistem unitar de creştere a cadrelor sînt necesare cîteva măsuri pregătitoare. Între aceste măsuri insistăm îndeosebi asupra următoarelor :

a) revizuirea şi precizarea nomenclaturii unităţilor medico-sanitare ;
b) crearea unui sistem just de ierarhizare în toate specialităţile ;
c) atestarea medicilor ;
d) înfiinţarea spitalelor metodologice regionale.

În ce priveşte primul punct, socotim necesară elaborarea unui nomenclator complet al unităţilor medico-sanitare şi în special a unei clasificări a spitalelor, cu fixarea sarcinilor metodologice ce le revin. Acest lucru este deosebit de important, deoarece specializarea şi perfecţionarea trebuie să se facă nu numai în funcţie de pregătirea de moment a medicului, ci şi în funcţie de locul de muncă pe care-l ocupă sau îl va ocupa. După cum un medic lucrează la un spital raional sau regional, în cadrul spitalului unificat sau în afara lui, modul de specializare, dar mai ales de perfecţionare, va diferi.

Subliniem, de asemenea, importanţa unei juste ierarhizări a funcţiilor din reţea şi necesitatea stabilirii de grade, în specialitate în funcţie de pregătirea specialiştilor.

Realizarea unui circuit organizat al cadrelor nu este posibilă fără crearea unei ierarhizări juste a funcţiilor medicale.

Prin crearea unor trepte ierarhice judicios stabilite, se deschide în faţa medicilor perspectiva promovării lor viitoare, ceea ce constituie un stimulent puternic pentru ridicarea nivelului lor profesional.

Lipsa sau insuficienţa ierarhizării, care se constată în unele sectoare de activitate (de ex. igienă, laborator, stomatologie) constituie o frînă în dezvoltarea acestor specialităţi. Acest lucru se observă din ce în ce mai mult în sectorul de igienă.

Stabilirea treptelor ierarhice trebuie susţinută şi cu o politică de salarizare corespunzătoare ; tendinţele de egalitarism în acest domeniu sînt dăunătoare şi nu corespund principiilor socialiste de salarizare.

Ierarhizarea funcţiilor medicale trebuie însă completată cu atestarea

cadrelor medicale în specialitatea lor. Acest lucru trebuie astfel realizat, încît între funcţiile ierarhice şi gradele de atestare să fie o corespondenţă cît mai perfectă.

Prin actualul sistem de organizare a ocrotirii sănătăţii în R.P.R., majoritatea reţelelor sanitare sînt reţele de specialitate. Aceasta cere ca medicii să nu se mulţumească cu pregătirea de medicină generală pe care au primit-o în I.M.F., ci să tindă să devină specialişti în una din ramurile curativo-profilactice sau sanitaro-antiepidemice ale medicinei.

Prin medic specialist înţelegem medicul care, pe baza profilului facultăţii urmate (medicină generală, pediatrie, stomatologie, igienă), *a experienţei cîştigate prin practicarea unei specialităţi, a absolvirii unui curs, stagiu sau alte forme de specializare şi a unui stagiu anumit în specialitate, a dobîndit cunoştinţe teoretice şi practice suficiente pentru desfăşurarea unei activităţi independente în acordarea de asistenţă calificată populaţiei într-o specialitate distinctă a medicinei.*

Inainte însă de a trata problema pregătirii specialiştilor, trebuie să precizăm care sînt specialităţile medicale existente şi necesare în ţara noastră. Pe baza nomenclatorului de instituţii medico-sanitare, elaborat de Ministerul Sănătăţii în 1953, a nomenclatorului sovietic al specialităţilor şi a perspectivelor de dezvoltare a asistenţei de specialitate în viitorul apropiat în ţara noastră, recomandăm următoarea nomenclatură a specialităţilor medicale:

1. Medicină internă
2. Boli infecţioase
3. Endocrinologie
4. Neurologie
5. Psihiatrie
6. Ftiziologie
7. Dermato-venerologie
8. Pediatrie
9. Balneologie şi fizioterapie
10. Cultură fizică medicală şi control medical.
11. Chirurgie
12. Neurochirurgie
13. Traumatologie şi ortopedie
14. Anestezie şi reanimare
15. Urologie
16. Obstetrică şi ginecologie
17. Oncologie
18. Oto-rino-laringologie
19. Oftalmologie
20. Medicină judiciară
21. Anatomie patologică
22. Transfuzie şi hematologie
23. Laborator clinic
24. Stomatologie (terapeutică, chirurgie şi ortopedie)
25. Chirurgie maxilo-facială

26. Igienă (generală)
27. Igienă comunală
28. Igienă alimentară
29. Igiena muncii
30. Igiena şcolară
31. Bacteriologie
32. Epidemiologie
33. Parazitologie (inclusiv helmintologie şi malariologie)
34. Organizarea sanitară

Pentru cadrele din corpul didactic şi institutele de cercetări ştiinţifice se mai stabilesc următoarele specialităţi:

35. Biologie
36. Anatomie
37. Histologie
38. Fiziologie
39. Fiziopatologie
40. Biochimie
41. Inframicrobiologie
42. Farmacologie
43. Istoria medicinei

Considerăm că *gastro-enterologia, reumatologia, cardiologia şi dietetica,* nu sînt specialităţi independente în reţea. Pregătirea în aceste ramuri înguste ale medicinei interne este recomandabil să fie făcută în cadrul perfecţionării specialiştilor în medicină internă.

Chirurgia pulmonară şi tuberculoza osteo-articulară de asemenea se însuşesc în cadrul perfecţionării chirurgilor (eventual a ftiziologilor).

Dezinfecţia, dezinsecţia şi deratizarea se însuşesc în cadrul perfecţionării epidemiologilor.

Inframicrobiologia se însuşeşte în cadrul perfecţionării bacteriologilor din reţea.

Situaţia este similară şi pentru alte specialităţi ca: ftiziopediatrie, neuropsihiatrie infantilă, statistică sanitară, psihiatrie juridică etc., care se însuşesc în cadrul perfecţionării în specialităţile de bază.

In momentul de faţă, în reţelele noastre medico-sanitare, lucrează un număr important de specialişti. Gradul lor de pregătire, tehnicitatea lor profesională variază însă foarte mult, datorită metodelor diferite de pregătire în specialitate şi a stagiului diferit în producţie.

Astfel, alături de specialişti cu stagiu îndelungat în producţie, şi care au trecut prin diferite trepte ierarhice, există în reţele de specialitate şi cadre tinere, pregătite prin cursuri de specializare relativ scurte, cu stagiu în producţie mai redus şi al căror proces de formare este încă în curs.

Dată fiind această mare varietate în pregătirea specialiştilor, este necesară precizarea situaţiei fiecărui medic în cadrul specialităţii sale prin atestare.

Atestarea medicilor este o metodă ştiinţifică de stabilire a specialităţii şi a gradului de calificare tehnico-profesională în specialitate.

La atestarea cadrelor medicale este recomandabil să se ţină seama de următoarele criterii:

1. Activitatea profesională.
2. Activitatea ştiinţifică, titluri, lucrări.
3. Stagiul în producţie.
4. Cursuri şi stagii de specializare şi perfecţionare.
5. Activitatea obştească.

Pe baza unei estimări în linii mari a deosebirilor care există între specialiştii aceleiaşi specialităţi, în ceea ce priveşte volumul lor de cunoştinţe, gradul de independenţă a muncii profesionale, valoarea activităţii lor practice şi ştiinţifice, considerăm necesară pentru etapa actuală *stabilirea a trei grade de specialitate:* specialist gradul I (grad superior); specialist gradul II (grad mediu); specialist gradul III (grad minim).

Această gradaţie este aplicabilă, atît în sectorul curativo-profilactic (inclusiv pentru medicii de laborator, anatomopatologi, medici judiciari), cît şi în sectorul sanitaro-antiepidemic.

Instituirea acestor grade în specialitate ar avea o deosebită importanţă pentru stabilirea unei corespondenţe juste între gradul de pregătire a medicului şi funcţia în reţea pe care o poate ocupa, dobîndirea unui anumit grad urmînd a fi premisa necesară pentru a putea solicita postul corespunzător.

Dobîndirea acestor grade trebuie să fie condiţionată şi de absolvirea de cursuri (stagii) de specializare, respectiv de perfecţionare, în urma cărora se dau examene la I.P.S.M.F. în faţa unor comisii. In felul acesta, instituirea gradelor în specialitate devine o pîrghie pentru ridicarea calităţii asistenţei specializate acordate populaţiei prin ridicarea calificării profesionale a medicilor.

Dacă principiile de atestare a cadrelor medicale sînt valabile pentru toate specialităţile reţelei medico-sanitare, atestarea prezintă totuşi aspecte specifice pentru diferite specialităţi.

Astfel, atestarea medicilor în specialităţile chirurgicale (chirurgie, obstetrico-ginecologie, oto-rino-laringologie, oftalmologie etc.) este mai uşoară, datorită criteriilor mai concrete (manualitate, executare de operaţii de diverse grade de complexitate etc.), după care se poate aprecia pregătirea în aceste specialităţi.

O problemă mult mai greu de rezolvat este aceea a atestării medicilor în specialităţile terapeutice (medicină internă, pediatrie, neuropsihiatrie etc.). Tocmai de aceea este *necesară elaborarea mai minuţioasă* — prin atragerea celor mai buni specialişti din institute şi reţea — *a criteriilor profesionale, ştiinţifice şi organizatorice* pentru stabilirea gradelor de specialitate în aceste discipline.

Atestarea arată dacă medicul corespunde funcţiei pe care o ocupă sau nu, dacă are nevoie urgentă de ridicare a calificării profesionale, dacă poate fi înaintat în funcţie sau dirijat spre activitatea didactică ştiinţifică.

Atestarea dă deci indicaţii medicilor. In genere, *medicii neaparţinînd nici unei categorii de specialitate* (şi în anumite cazuri cei din categoria minimă) *trebuie să urmeze cursuri de specializare,* fie la spitalul metodologic regional, fie la I.P.S.M.F.

Specialiştii de gradul I şi II trebuie să urmeze, la rîndul lor, *cursuri de perfecţionare.*

Absolventul Facultăţii de medicină generală — în etapa actuală — are profilul medicului de circumscripţie rurală, deci aparţine categoriei de medici fără specialitate. După terminarea stagiului de trei ani în circumscripţia sanitară rurală etc., pentru a practica una din specialităţile medicale el trebuie să urmeze un curs sau stagiu de specializare.

Absolvenţii celorlalte facultăţi se repartizează imediat în reţeaua de specialitate, absolvenţii facultăţii de pediatrie practicînd pediatria, absolvenţii facultăţii de stomatologie practicînd stomatologia.

Formele prin care medicii pot deveni specialişti în una din ramurile medicinei sînt:

1. Specializare prin cursuri de specializare la I.P.S.M.F.
2. Specializare prin secundariat.
3. Specializare în spitalele metodologice regionale.
4. Specializare prin aspirantură în ştiinţele medicale I.M.F.

1. In prezent, majoritatea specialiştilor se formează prin *cursurile organizate de Institutul de perfecţionare şi specializare a medicilor şi farmaciştilor.*

Institutul are catedre organizate în toate specialităţile medicale, conduse de oameni de ştiinţă eminenţi, ajutaţi de un corp didactic bine pregătit. Durata cursurilor variază între 8 şi 10 luni pentru specialităţile clinice şi 5—10 luni pentru specialităţile de igienă şi laborator.

După cum am arătat mai sus, acest sistem a permis pregătirea în ritm rapid a numărului de specialişti necesari reţelelor noastre. Reţelele au primit, într-o perioadă de 4—5 ani, aproximativ 2 500 de specialişti noi, ceea ce nu s-ar fi putut realiza prin nici o altă metodă de specializare. De aceea, acest sistem de specializare a avut şi are o justificare şi confirmare practică.

Sondajele făcute pe teren, atît de noi, cît şi de unele cadre didactice din I.P.S.M.F., confirmă că, cu toată durata relativ scurtă a acestor cursuri, absolvenţii îşi însuşesc cunoştinţele fundamentale ale specialităţii şi fac faţă cu cinste sarcinilor terenului, bineînţeles cînd sînt folosiţi în mod just şi în limitele pregătirii lor.

In acest sens, trebuie ţinut seama de faptul că medicii care fac specializarea în I.P.S.M.F. lucrează tot timpul sub conducerea cadrelor didactice ale institutului şi se dezvoltă ajutaţi, îndrumaţi şi controlaţi de catedră.

Invăţămîntul de specializare în I.P.S.M.F. este deci un învăţămînt concentrat şi dirijat, ceea ce face ca cele 8—10 luni petrecute în asemenea condiţii să poată echivala în 2—3 ani de practică spontană, nedirijată, lăsată la voia întîmplării.

Cursurile ţinute de cadrele cele mai competente asigură pregătirea cursanţilor la nivelul cel mai înalt, prezentîndu-le în mod sintetic datele cele mai noi ale ştiinţei medicale şi dîndu-le orizontul ştiinţific, ceea ce se poate dobîndi numai într-un centru ştiinţific. De aceea, chiar unii adepţi ai specializării la locul de muncă propun ca, la sfîrşitul specializării, medicii să treacă printr-un curs la I.P.S.M.F., pentru a primi orientarea teoretică necesară.

Dacă considerăm justă concepţia generală a cursurilor, trebuie să arătăm că în desfăşurarea lor s-au produs şi unele greşeli. Astfel, la început durata unor cursuri a fost prea scurtă, ceea ce însă ulterior a fost

îndreptat. Unele cursuri nu pot asigura în răstimpul acordat maiualitatea necesară specialităţii. De aceea institutul nici nu organizează specializarea în chirurgie, iar în unele specialităţi chirurgicale pregătirea practică rămîne insuficientă.

Pregătirea prin cursuri I.P.S.M.F. rămîne metoda cea mai rapidă şi economică de pregătire a cadrelor de specialişti. Ea asigură o pregătire profesională suficientă unui medic consultant, şi acesta este obiectivul urmărit.

O dată cu dezvoltarea secundariatului şi a centrelor metodologice regionale, aceştia vor prelua o parte din sarcinile de specializare ale I.P.S.M.F. Totuşi, ţinînd seama de ritmul lent de pregătire şi numărul redus al locurilor de secundari, precum şi de posibilităţile limitate de specializare ale centrelor metodologice regionale, cursurile I.P.S.M.F vor continua să rămînă încă mult timp una din formele principale de pregătire a cadrelor de specialişti pentru reţelele noastre.

Pentru îmbunătăţirea calităţii cursurilor sînt necesare următoarele măsuri:

a) stabilirea cît mai raţională a duratei acestor cursuri, în funcţie de specificul disciplinei;

b) elaborarea metodologiei adecvate, pentru a da cursanţilor o temeinică pregătire teoretică şi practică;

c) un examen sever în faţa unei comisii după absolvirea cursului de specializare.

Considerăm că depunerea acestui examen permite conferirea titlului de specialist gradul III (minim).

2. *Secundariatul* constituie forma de specializare, care, prin durata şi legătura sa strînsă cu practica, asigură, pentru reţelele sanitare, cadre practico-ştiinţifice de un nivel mai înalt. De aceea este necesară lărgirea posibilităţilor de specializare prin această metodă.

Specializarea prin secundariat este posibilă la aproape toate specialităţile. In mod deosebit este indicată lărgirea secundariatului în specialităţile chirurgicale, deoarece formarea unui chirurg necesită mai mulţi ani, aceasta neputîndu-se realiza prin cursuri scurte. De aceea, în aceste specialităţi forma principală de specializare trebuie să devină secundariatul.

Pentru o justă planificare a specializării prin secundariat este necesară cunoaşterea, pe minimum 4—5 ani înainte, a necesităţilor în specialişti cu înaltă calificare (medici consultanţi principali), care să se exprime şi în dinamica schemelor spitalelor şi sanepidurilor.

Secundariatul se poate desfăşura, atît în clinicile universitare, în institutele ştiinţifice, cît şi în marile spitale urbane.

Admiterea la secundariat se face prin concurs (examen), în urma satisfacerii stagiului obligatoriu după repartizarea în reţea.

Este recomandabil ca un număr din absolvenţii I.M.F. (cei cu diplomă de merit etc.) să aibă dreptul să se prezinte la concurs de secundariat imediat după absolvirea facultăţii şi a internatului.

Secundariatul se desfăşoară pe baza unei programe analitice, elaborate pe 3 ani. Programa analitică-tip, elaborată pentru fiecare specialitate în parte, asigură o pregătire completă în specialitate, prevăzînd stagii şi în ramuri înrudite (ex. laborator, prosectură, boli contagioase etc.).

Secundarul lucrează sub conducerea unui specialist bine pregătit, de

preferință a șefului de secție, care răspunde de pregătirea lui, îl îndrumă și-l urmărește în întreaga sa activitate. La sfîrșitul fiecărui an, secundarul dă un examen de control în fața unei comisii.

Metodele de bază în pregătirea secundarilor sînt: stagiul practic în spital sau laborator, studiul individual al literaturii pe baza unei bibliografii stabilite și participare sistematică în activitatea de cercetări științifice a unității respective.

In vederea urmăririi pregătirii profesionale, științifice și ideologice a secundarilor, este recomandabil ca îndrumarea metodologică a specializării prin secundariat să fie trecută în atribuțiile I.P.S.M.F.

Secundariatul clinic, deci, se deosebește de vechiul secundariat prin faptul că nu are desfășurare spontană, ci este o formă de învățămînt dirijat. Aceasta face ca și pregătirea celor care absolvă secundariatul clinic să aibă un nivel superior.

3. O altă metodă de specializare este *specializarea la spitalele metodologice regionale.* Deoarece aceste unități abia vor lua ființă la noi, vom expune pe scurt ce este și ce atribuții are spitalul metodologic regional:

Spitalul metodologic regional este instituția curativo-profilactică (spital cu secțiile de specialitate de bază) din reședința regiunii care *are următoarele atribuții fundamentale:*

a) *acordă în mod nemijlocit asistență medicală specializată din regiune,* în cazurile a căror rezolvare depășește posibilitățile spitalelor raionale (și orășenești);

b) *îndrumă, din punct de vedere tehnico-științific și organizatorico-metodologic, rețelele de specialitate de pe teritoriul regiunii;*

c) *servește ca bază didactică pentru specializarea și perfecționarea medicilor din spitalele raionale și de circumscripție.*

In cele ce urmează, ne ocupăm numai de această ultimă atribuție (didactică) a spitalului metodologic regional.

Specializarea se poate organiza în cadrul spitalelor metodologice regionale, căci ele prin mărimea lor, competența cadrelor medicale, calitatea activității profesionale desfășurată și înzestrarea lor, pot asigura nivelul necesar de pregătire a medicilor. Tabelul instituțiilor care pot fi folosite în acest scop, precum și tabelul nominal al specialiștilor, lîngă care se poate desfășura acest fel de specializare trebuie stabilit pe baza studierii și caracterizării lor de către Ministerul Sănătății.

In spitalele regionale, specializarea se face numai pentru cadrele necesare deservirii mediului rural (spitalele de circumscripție, unele spitale, ambulatorii și dispensare raionale). Specializarea se poate face numai pentru specialitățile de bază.

Specializarea se face prin stagiul practic în secțiile și laboratoarele spitalului, și prin studiul individual, făcut pe baza unui plan. Medicii care urmează stagiul de specializare sînt repartizați lîngă un specialist cu experiență, de preferință șeful de secție, care poartă răspunderea nemijlocită pentru pregătirea lor și va îndruma și controla activitatea medicilor stagiari.

Durata unui asemenea stagiu este de 6—8 luni. In acest răstimp, medicii își pot însuși numai cunoștințele și tehnicile elementare ale specialității. Prin durata și metodologia sa, această formă este inferioară secundariatului și cursurilor I.P.S.M.F.

Folosirea sa este indicată atunci cînd sînt nevoi urgente de îndeplinit.

Metoda prezintă avantajul că permite regiunilor să-şi pregătească singure specialiştii de care au nevoie, adaptîndu-se perfect nevoilor lor.

Acest fel de specializare trebuie completată cu o muncă de perfecţionare intensă. Date fiind insuficienţele iniţiale, necesităţile de perfecţionare pentru aceşti medici sînt mai mari.

De aceea, primele perfecţionări ar trebui făcute la perioade mai mici (3 ani), decît la cei specializaţi la I.P.S.M.F. sau secundariat.

Cadrele recrutate pentru specializare la spitalul metodologic regional pot proveni din medicii cu o practică medicală generală, care lucrează în instituţiile curativo-profilactice din centrele raionale, fără să aibă o specialitate, sau din medici de circumscripţie rurală cu stagiul împlinit, prevăzuţi pentru posturile vacante de specialitate din spitalele raionale de pe teritoriul regiunii.

Este recomandabil ca ocuparea posturilor din reţea să se facă în ordinea clasificării, în urma absolvirii stagiului de specializare la spitalul metodologic regional.

Institutului de perfecţionare şi specializare a medicilor din Bucureşti îi revine sarcina să ajute nemijlocit, din punct de vedere tehnic şi metodologic, spitalele metodologice regionale în munca lor didactică, prin perfecţionarea cadrelor medicale (medici consultanţi principali, şefi de secţie, specialişti principali) care conduc specializarea medicilor la bazele locale, prin elaborarea planurilor de studii şi a programelor analitice, prin îndrumarea şi controlul pe teren.

4. *Aspirantura de candidat* are menirea să pregătească specialişti pentru munca didactică şi ştiinţifică în instituţiile de învăţămînt superior medical şi de cercetări ştiinţifice.

Considerăm că recrutarea pentru aspirantură trebuie să se facă numai din medicii cu un stagiu de minimum 3 ani, pentru ca aceştia să dobîndească în prealabil baza practică necesară unei calificări superioare, ştiinţifice, în specialitate.

Formele de bază ale pregătirii aspirantului sînt: studiul independent al literaturii ştiinţifice, muncă de cercetare ştiinţifică conform temei disertaţiei, activitatea practică şi didactico-ştiinţifică metodologică.

Indiferent de formele metodologice, specializarea constituie doar o etapă în viaţa medicului. Dezvoltarea impetuoasă a ştiinţei medicale cere ca medicii intraţi în specialitate să-şi perfecţioneze mereu cunoştinţele, pentru a-şi însuşi cuceririle noi ale ştiinţei medicale şi a le aplica în interesul bolnavilor. De aceea, în ţara noastră, perfecţionarea continuă şi periodică a medicilor specialişti constituie şi ea o problemă de stat. Aceasta pune problema elaborării unui sistem de perfecţionare a medicilor, problemă de care ne vom ocupa într-un alt articol.

Articol intrat în redacţie în mai 1956.

Metodologia analizei stării de sănătate a populației la nivelul unei secții sanitare regionale

Conf. P. Mureșan

Lucrarea prezentă urmărește să dea unele noțiuni generale, privind aprecierea stării de sănătate din cadrul unei regiuni. Ea nu analizează toate problemele care se ridică în fața unei secții sanitare regionale (condițiile economico-sociale, cultural-sanitare), ci se axează pe o sinteză a aspectelor demografice și de morbiditate, în corelație cu eficiența activității medico-sanitare, adică tocmai pe principalii indicatori ai stării de sănătate. O serie de probleme importante, cum ar fi aprecierea condițiilor economico-sociale, activitatea de cultură sanitară a maselor, baza materială, probleme de cadre etc., nu sînt cuprinse în această lucrare.

Din considerentele sus-menționate, analizele semestriale sau anuale ale secțiilor de sănătate trebuie să fie axate și pe aceste probleme, care nu constituie obiectul lucrării prezente.

Nu trebuie, de asemenea, să se piardă din vedere, că lucrarea are un scop pur metodologic, datele fiind arbitrar alese, ceea ce face ca indicii să nu poată fi analizați, ținînd cont de situația concretă de pe teren, ceea ce într-o analiză este absolut necesar.

Din aceste motive, lucrarea este mai mult o sinteză decît o analiză a stării de sănătate, ceea ce poate fi utilizat doar ca un îndreptar de dare de seamă a unei secții de sănătate regională sau raională.

★

Situația sanitară din regiunea X, în anul 1955, prezintă o serie de îmbunătățiri importante față de anii anteriori, datorită îmbunătățirii condițiilor economico-sociale și a activității medico-sanitare.

Aceasta se constată din ameliorarea indicilor demografici și a morbidității în cele mai multe boli.

1. Natalitatea

Față de scăderea natalității în ultimii ani, se constată în acest an o creștere simțitoare, atît în mediul urban, cît și în mediul rural, a acestui indice.

Se constată o natalitate mai ridicată în raioanele F. (34,2‰), G. (33,9‰) și H. (33,1‰), în timp ce în alte raioane natalitatea este cea mai scăzută: raionul A. (25,7‰) și raionul B (26,1‰).

Tabelul 1

Natalitatea în regiunea X

Mediul	1953	1954	1955
Total regiune	27,4‰	27,1‰	30,3‰
Urban	23,8‰	22,9‰	26,4‰
Rural	28,6‰	27,9‰	33,2‰

În raioanele în care, în trecut, natalitatea a avut nivelul cel mai scăzut (raioanele T. şi S.) se constată de asemenea o creştere a acestui indice.

Menţionăm că într-un snigur raion (raionul B.) natalitatea a scăzut faţă de anul trecut.

Natalitatea variază mult de la o circumscripţie la alta, existînd unele cu un indice foarte ridicat, în timp ce altele au un indice foarte scăzut, după cum rezultă din tabelul 2.

Tabelul 2

Natalitatea în unele circumscripţii

Circumscripţii cu natalitatea cea mai ridicată	Circumscripţii cu natalitatea cea mai scăzută
Circumscripţia a. 40,0‰	Circumscripţia x. 19,1‰
„ b. 39,3‰	„ y. 19,9‰
„ c. 38,7‰	„ z. 20,4‰
„ d. 38,1‰	

În legătură cu natalitatea redăm o serie de indici, care influenţează mersul acesteia :

Nupţialitatea prezintă o creştere importantă în anul 1955, faţă de anii anteriori, atît în mediul urban, cît şi în cel rural.

Tabelul 3

Nupţialitatea în regiunea X

Mediul	1953	1954	1955
Total regiune	12,3‰	11,8‰	13,8‰
Urban	10,1‰	10,0‰	12,7‰
Rural	13,6‰	13,2‰	14,7‰

Divorţurile prezintă însă o uşoară creştere faţă de anii anteriori, mai ales în mediul urban :

Tabelul 4

Divorţurile în regiunea X (la suta de căsătoriţi)

Mediul	1953	1954	1955
Total regiune	9,2%	9,1%	9,7%
Urban	11,3%	11,0%	12,0%
Rural	8,7%	8,5%	9,0%

Din corelarea divorţurilor şi a nupţialităţii se poate constata că ultima predomină, ceea ce a influenţat, pe lîngă alte stări complexe, creşterea natalităţii.

Un alt indicator legat şi el de problema natalităţii este indicele de *avorturi* (avorturi la sută de născuţi vii), care în ultimii ani este în creştere. Paralel se constată însă o îmbunătăţire simţitoare a *depistării precoce a gravidelor,* atît în mediul urban, cît şi în mediul rural. Astfel indicele de gravide depistate pînă în luna a III-a inclusiv, în mediul urban, a fost, în 1955, de 49,7%, faţă de 42,0% în 1954; pînă în luna a V-a inclusiv, 89,4%, faţă de 82,9% în 1954, iar în mediul rural, gravidele depistate pînă în luna a V-a au constituit 72,4% din totalul gravidelor, faţă de 69,5% în anul trecut.

Ca o consecinţă a depistării şi urmăririi mai bune a gravidelor, se constată o scădere a indicelui de *decese mame în primele zece zile* şi a *febrei puerperale.*

Astfel, faţă de 0,6% decese mame în 1954 şi 1,0% febră puerperală, în anul 1954 s-au înregistrat 0,4‰ decese mame în primele zece zile şi 0,5% febră puerperală. Amintim că aceste cifre sînt globale pe regiune, în mediul urban neînregistrîndu-se decît un singur caz de deces la mamă şi un singur caz de febră puerperală.

In acelaşi timp *asistenţa la naştere* s-a ameliorat într-o mare măsură şi au scăzut, atît în mediul urban, cît şi în cel rural *naşterile la domiciliu.*

Tabelul 5

Naşterile asistate şi la domiciliu în regiunea X

Mediul	Naşteri asistate			Naşteri la domiciliu		
	1953	1954	1955	1953	1954	1955
Total regiune	97,9%	98,7%	99,1%	36,0%	31,0%	27,2%
Urban	98,6%	99,0%	99,9%	16,2%	14,4%	10,1%
Rural	97,0%	97,9%	98,2%	42,1%	38,0%	33,4%

Scade în acest an şi *imaturitatea,* la 6% născuţi vii, faţă de 7,5% în anul 1955. Tot în legătură cu natalitatea, depistarea precoce a gravidelor şi acordarea asistenţei la naştere, amintim şi evoluţia *mortinatalităţii,* care şi în acest an îşi menţine tendinţa de scădere continuă, atît în mediul urban, cît şi în cel rural.

Tabelul 6

Mortinatalitatea în regiunea X

Mediul	1953	1954	1955
Total regiune	1,6%	1,4%	1,1%
Urban	0,9%	0,8%	0,6%
Rural	1,7%	1,6%	1,4%

Toţi aceşti indici, corelaţi între ei şi în condiţiile de îmbunătăţire a stării economico-sociale, au favorizat creşterea sensibilă a natalităţii.

2. Mortalitatea generală

Scăderea continuă a mortalităţii generale a continuat şi în acest an, scădere manifestată în toate raioanele, atît în mediul urban, cît şi în cel rural. Scăderea mai accentuată în acest an faţă de anul trecut se datoreşte şi mortalităţii ridicate din primele luni a anului 1954, din cauza epidemiei de gripă.

Tabelul 7

Mortalitatea generală în regiunea X

Mediul	1953	1954	1955
Total regiune	11,4‰	11,2‰	9,1‰
Urban	9,9‰	9,9‰	8,8‰
Rural	12,5‰	12,0‰	9,4‰

Redăm, în continuare, un tabel cu cîteva raioane şi circumscripţii medicale, unde mortalitatea generală este cea mai scăzută şi unele raioane şi circumscripţii cu indicii cei mai ridicaţi.

Tabelul 8

Mortalitatea generală pe unele raioane şi circumscripţii medicale

Raioane şi circumscripţii medicale cu mortalitatea generală cea mai scăzută		Raioane şi circumscripţii medicale cu mortalitatea generală cea mai crescută	
Raionul F.	8,1‰	Raionul A	12,7‰
„ H.	8,3‰	Circumscripţia g.	13,5‰
Circumscripţia a.	7,9‰	„ h.	12,9‰
„ b.	8,2‰		
„ c.	8,5‰		

Mortalitatea mai mare se constată în raionul A., cu natalitate scăzută în ultimele decenii, ceea ce a dus la schimbarea structurii pe grupe de vîrstă a populaţiei, acest raion avînd o proporţie crescută de locuitori vîrstnici, deci cu o mortalitate mai ridicată.

In legătură cu mortalitatea generală, amintim faptul că *decesele în spitale* au scăzut, paralel cu scăderea *mortalităţii la domiciliu.* Astfel, mortalitatea în secţiile de interne ale spitalelor urbane a scăzut la 2,5% faţă de 3,0% în 1954, la chirurgie la 2,0% faţă de 2,2%, iar la pediatrie 3,0% faţă de 3,5%.

Amintim totuşi, ca o deficienţă, în privinţa mortalităţii la domiciliu decesele prin bronhopneumonii în reţeaua de adulţi a raionului A.

Scade de asemenea şi *mortalitatea postoperatorie,* atît în abdomen acut (de la 3,5% la 3,0%), cît şi în gastro-enteroanastomoze şi rezecţii gastrice (de la 3,1% la 2,6%), apendicectomii (de la 0,05% la 0,03%) şi herniotomii (de la 0,2% la 0,05%).

3. Excedentul natural

In urma creşterii natalităţii şi scăderii continue a mortalităţii generale, a crescut foarte mult excedentul natural, cum rezultă din tabelul 9, excedent care nu s-a mai constatat în trecut.

Tabelul 9

Excedentul natural în regiunea X

Mediul	1953	1954	1955
Total regiune	16,0	15,9	21,2
Urban	13,9	13,0	17,6
Rural	16,1	15,9	23,8

Cei mai crescuţi indici se constată în raioanele G. (24,2‰) şi (23,9‰) circumscripţiile cu excedentul cei mai crescut fiind circumscripţiile a. (32,1‰), b. (31,1‰) şi c. (29,5‰).

4. Mortalitatea infantilă

In cadrul mortalităţii generale, mortalitatea la copiii sub un an constituie aproximativ a cincea parte, indicele mortalităţii infantile fiind de 6,2%.

Evoluţia mortalităţii infantile în ultimii ani, pe medii, ne arată o scădere importantă a acestui indice.

Tabelul 10

Mortalitatea infantilă din regiunea X

Mediul	1953	1954	1955
Total regiune	8,1	7,3	6,2
Urban	7,2	6,0	5,3
Rural	8,5	7,9	6,4

Scăderea mortalităţii infantile a avut loc în toate raioanele, indicii cei mai scăzuţi fiind în raioanele G. (3,9%) şi H. (4,2%). Raionul A., ca şi în anii trecuţi, se prezintă cu mortalitatea infantilă cea mai ridicată (8,0%).

Raionul C., deşi are o mortalitate infantilă mai ridicată faţă de media

pe regiune, prezintă totuşi o scădere importantă a acestui indice, şi anume de la 8,5% în 1954, la 6,8% în 1955.

O dată cu scăderea mortalităţii infantile se constată o scădere importantă a *mortalităţii infantile la domiciliu,* pe teritoriul spitalelor unificate de copii, de la 28,1% în 1954, la 19,7% în 1955.

Desigur că faţă de acest indice mediu există devieri şi în sens pozitiv şi negativ. Amintim astfel raioanele A. şi B., cu indicii cei mai scăzuţi (11,9%, respectiv 14,7%), faţă de raionul F., cu un indice ridicat de 26,2% decese, sub un an, la domiciliu.

Depistarea şi internarea precoce în spitalele de pediatrie nu se face însă destul de eficient, ceea ce rezultă din *indicele de internare* pentru bronhopneumonii, care deşi a scăzut, faţă de anul 1954, de la 3,1 zile la 2,8 zile, nu este încă satisfăcător. In ziua întîi şi a doua de la începutul îmbolnăvirii s-au internat doar 52,7% din totalul de cazuri spitalizate.

De asemenea şi pentru tulburările acute de nutriţie şi digestie indicele de internare este de 2,3 zile faţă de 2,6 în anul precedent, în primele două zile internîndu-se 61,4% din totalul cazurilor spitalizate.

Această deficienţă a contribuit şi ea la proporţia încă mare de *decese în staţionar în primele 24 de ore de la internare,* care este de 26,1%, deşi puţin mai scăzut ca în anul precedent, cînd acest indice era de 28,4%. Această deficienţă este cu atît mai mare, cu cît indicii se referă la copii din teritoriul spitalelor unificate de pediatrie, nu şi la cei veniţi din mediul rural sau alte localităţi urbane.

Amintim spitalul V., care are situaţia cea mai slabă, din acest punct de vedere, cu un indice de internare pentru bronhopneumonie de 3,7 zile şi un indice de decese, în primele 24 de ore, de 32,7%.

Spitalul M. şi N. au eficienţa cea mai bună, sub acest raport, cu un indice de internare de 1,9 zile, respectiv 2,1 zile pentru bronhopneumonie şi un indice de 14,1% respectiv 16,3% decese în primele 24 de ore în staţionar.

Cu toate acestea, se constată o scădere importantă a *indicelui de decese la suta de bolnavi* de bronhopneumonie şi tulburări acute de nutriţie şi digestie, atît în mediul urban, cît şi în mediul rural, după cum rezultă din tabelul 11.

Tabelul 11

Indicii de decese la suta de bolnavi prin bronhopneumonie şi tulburări acute de nutriţie şi digestie

Mediul	Decese la suta de bolnavi (copii sub 1 an)			
	Bronhopneumonie		Tulburări acute de nutriţie şi digestie	
	1954	1955	1954	1955
Total regiune	7,1%	5,0%	2,0%	0,9%
Urban	6,2%	4,1%	1,7%	0,7%
Rural	7,4%	5,3%	2,3%	1,2%

Raioanele cu indicii cei mai scăzuţi de decese la suta de bolnavi de bronhopneumonie şi tulburări acute de nutriţie şi digestie sînt I. cu un

indice de 3,9%, respectiv 0,5%, şi raionul L. cu indicele de 4,4%, respectiv 0,7%.

Amintim spitalul N., cu indicii cei mai scăzuţi (3,5% respectiv 0,3%), precum şi spitalul V. cu indicii cei mai crescuţi (6,1%, respectiv 1,1%).

5. Mortalitatea pe cauze şi grupe de vîrstă

Mortalitatea în cursul anului 1955 a scăzut în general la toate cauzele, afară de decesele prin bolile aparatului cardio-vascular şi cancer, la care se constată o creştere an de an.

Mortalitatea prin tuberculoză a scăzut simţitor şi în acest an, ca şi în anii trecuţi, ajungînd la 38,0‰.

A scăzut de asemenea mortalitatea prin bolile aparatului respirator şi digestiv, la un indice de 130,0‰, respectiv 37,2‰. Scade de asemenea mortalitatea prin bolile transmisibile, la un indice de 7,0‰.

Evidenţa mortalităţii pe cauze mai importante, în ultimii trei ani, se poate urmări în tabelul 12.

Tabelul 12

Mortalitatea pe cauze în regiunea X

Cauze de deces	1953	1954	1955
Total regiune			
Aparat cardio-vascular	168,0	171,2	187,5
Aparat respirator	151,0	142,6	130,0
Cancer	54,1	54,9	57,1
Tuberculoză	59,7	50,1	38,0
Aparat digestiv	59,4	43,3	37,2
Mediul urban			
Aparat cardio-vascular	181,9	196,2	201,7
Cancer	58,7	60,7	63,2
Aparat respirator	69,2	64,1	58,4
Aparat digestiv	48,7	42,6	35,9
Tuberculoză	53,9	42,0	34,7

Analizînd mortalitatea pe cauze şi grupe de vîrstă, se constată că mortalitatea prin cancer şi bolile aparatului cardio-vascular este cea mai mare la grupele de vîrstnici, cum este şi firesc, dar se constată totuşi o creştere a mortalităţii prin aceste boli şi la grupele de tineri între 15 şi 30 de ani, mai ales în privinţa aparatului cardio-vascular. Aceasta se datoreşte, parţial, şi unei mai bune diagnosticări, însă şi unei creşteri reale a mortalităţii în aceste afecţiuni.

Mortalitatea prin bolile aparatului respirator se situează mai ales la grupa de vîrstă de sub 1 an şi la cei de peste 60 de ani. La fel şi decesele prin bolile aparatului digestiv.

În cazul tuberculozei, găsim cea mai mare mortalitate la grupa de vîrstă 25 — 34 de ani, urmată de grupa de vîrstă 35 — 44 de ani şi 15 — 24 de ani.

6. Morbiditatea

A. *Morbiditatea generală pe reţele şi cauze*

Se constată o scădere continuă a morbidităţii generale în ultimii doi ani. Astfel, faţă de morbiditatea de 452,0‰ în anul 1954, morbiditatea în

acest an a scăzut la 434,7‰. Scăderea mai mare se constată în mediul urban de la un indice de 998,0‰, la 932,1‰.

Scăderea morbidităţii a avut loc mai cu seamă în reţeaua de adulţi şi tuberculoşi ; în schimb, în reţeaua de pediatrie are loc o oarecare creştere a morbidităţii, care se datoreşte în bună parte şi unei depistări mai bune, faţă de anul anterior.

Urmărind structura, pe cauze, a morbidităţii generale din diferitele reţele, constatăm următoarele :

În reţeaua de adulţi, cele mai frecvente cauze de morbiditate generală au fost următoarele :

Tabelul 13

Morbiditatea generală în reţeaua de adulţi

Grupe de boli	Procentul din totalul morbidităţii
Boli de dinţi şi ale cavităţii bucale	16,4
Boli oto-rino-laringologice	11,2
Boli ale aparatului digestiv	10,9
Reumatism	8,4
Boli ale aparatului respirator	7,0
Boli ale aparatului cardio-vascular	5,6

Printre bolile aparatului digestiv care dau cea mai mare morbiditate, amintim : bolile de ficat şi ale căilor biliare, gastrite, duodenite, colite-enterocolite, boala ulceroasă. Se constată o scădere la toate aceste îmbolnăviri, în afară de bolile de ficat şi ale căilor biliare, la care se constată o uşoară creştere.

Printre bolile aparatului respirator amintim : bronşitele acute, bronşitele cronice : emfizem pulmonar şi pneumoniile. Morbiditatea în toate aceste afecţiuni este în scădere faţă de anul precedent.

Dintre bolile aparatului cardio-vascular amintim hipertonia, care dă cea mai mare morbiditate (37,0% din totalul bolilor cardio-vasculare), deşi scade, faţă de anul 1954.

În reţeaua de pediatrie îmbolnăvirile cele mai frecvente au fost următoarele :

Tabelul 14

Morbiditatea în reţeaua de pediatrie

Grupe de boli	Procentul din totalul morbidităţii
Bolile aparatului respirator	23,4
Bolile oto-rino-laringologice	19,0
Bolile aparatului digestiv	8,1
Bolile transmisibile (inclusiv gripa)	5,6

Printre bolile aparatului respirator, cele mai frecvente sînt bronşitele şi bronhopneumoniile. Aceste afecţiuni sînt în creştere faţă de anul 1954, cauzate în bună parte de epidemia de gripă din lunile ianuarie şi februarie.

Dintre bolile oto-rino-laringologice, cele mai frecvente sînt amigdalitele-adenoiditele, otitele şi mastoiditele. Dintre bolie aparatului digestiv,

cele mai frecvente sînt dispepsiile acute, gastritele, duodenitele și colitele.

În rețeaua de obstetrică-ginecologie morbilitatea cea mai mare este cauzată de metro-anexite, tulburări statice ale aparatului genital, dismenoreele și nevralgiile pelviene și tumorile benigne.

În mediul rural, structura morbidității este identică cu cea din mediul urban în ceea ce privește grupele mai importante de morbiditate.

B. *Morbiditatea în boli transmisibile (grupa A)*

Aproape în toate bolile transmisibile din grupa A se constată scăderea morbidității și mai ales a mortalității și a indicelui de decese la suta de bolnavi. Doar în dizenterie se constată creșterea morbidității, datorită în bună parte și unei depistări mai susținute în acest an. Aceasta rezultă din faptul că, din cele 74 de cazuri, 62 au fost depistate în cele două localități (S. T.), unde s-a aplicat în masă metoda de laborator în diagnosticarea tuturor tulburărilor digestive.

Redăm în tabelul 15 îmbolnăvirile și decesele prin bolile transmisibile din grupa A.

Tabelul 15

Bolile transmisibile din grupa A din regiunea X

Boli	Cazuri			Decese		
	1953	1954	1955	1953	1954	1955
Febră tifoidă	18	12	6	2	1	—
Dizenterie	54	63	74	3	1	1
Hepatită epidemică . .	112	134	111	5	5	4
Difterie	35	27	26	2	2	1
Scarlatină	64	85	57	3	1	—
Rujeolă	211	202	193	6	4	1
Tuse convulsivă . . .	114	95	86	4	2	1

Scăderea morbidității prin bolile transmisibile din grupa *A* se datorește, parțial, și unei mai eficiente activități medico-sanitare, ceea ce rezultă și din ameliorarea indicilor de depistare și izolare în aceste boli, ca și din indicele depistării sursei de contagiune a cazurilor de îmbolnăvire.

Astfel, indicele de depistare pentru febra tifoidă a scăzut de la 6,0 zile în 1954, la 5,5 zile în 1955, în difterie de la 1,8 zile, la 1,2 zile, iar în scarlatină de la 1,8 zile, la 1,1 zile. Indicele depistării sursei de contagiune a crescut pentru febra tifoidă de la 80,0% în 1954, la 94,0% în 1955, pentru difterie de la 90,0%, la 96,0%, iar pentru dizenterie, de la 60,0% la 74,0%.

C. *Mordibitatea în boli cu extindere în masă*

Se constată o scădere continuă și în cursul anului 1955 a morbidității în bolile cu extindere în masă: tuberculoză, malarie, gușă, pelagră și sifilis.

Scade de asemenea și starea de morbiditate, adică indicele de evidență a bolnavilor, afară de indicele de evidență a bolnavilor de tuberculoză, după cum se constată în tabelul 16.

Tabelul 16

Morbiditatea şi starea de morbiditate în boli cu extindere în masă în regiunea X

Mediul		Tuberculoză		Malarie		Guşă	
		Morbiditate	Indice de evid.	Morbiditate	Indice de evid.	Morbiditate	Indice de evid.
Total regiune	1953	419,2	1,0	4,9	0,07	350,7	1,7
	1954	406,1	1,1	4,2	0,03	217,2	1,5
	1955	390,6	1,2	3,1	0,01	200,6	1,4
Urban	1953	711,7	1,9	5,7	0,10	112,5	1,5
	1954	705,4	2,0	4,8	0,04	101,4	1,4
	1955	699,2	2,2	4,0	0,01	88,1	1,2
Rural	1953	324,8	0,7	4,6	0,06	360,8	1,9
	1954	312,9	0,8	3,9	0,03	224,9	1,6
	1955	306,4	0,9	2,8	0,01	207,2	1,5

Mediul		Pelagră		Sifilis	
		Morbiditate	Indice de evidenţă	Morbiditate	Indice de evidenţă
Total regiune	1953	21,1	0,07	141,7	0,8
	1954	14,0	0,04	114,2	0,6
	1955	1,2	0,02	99,0	0,3
Urban	1953	7,3	0,06	175,9	1,1
	1954	2,1	0,02	136,2	0,9
	1955	0,3	0,01	128,0	0,4
Rural	1953	23,9	0,10	107,2	0,5
	1954	16,2	0,05	89,7	0,4
	1955	1,6	0,02	76,0	0,2

Din datele tabelului de mai sus, rezultă o scădere an de an a morbidităţii în bolile cu extindere în masă. Această scădere se constată în toate raioanele.

In privinţa malariei şi pelagrei, se poate vedea că aceste boli sînt pe cale de dispariţie. În legătură cu tuberculoza, creşterea indicelui de evidenţă se datoreşte şi unei scăderi simţitoare a mortalităţii la un indice de 38,0‰₀₀₀, cum s-a arătat la punctul 5, mortalitatea pe cauze şi grupe de vîrstă.

Creşterea indicelui de evidenţă se mai datoreşte şi depistării bune de către reţeaua antituberculoasă, ceea ce rezultă din *indicele stadiului de depistare,* care a ajuns la 87,9%, faţă de 73,7% în anul 1955 (bolnavi depistaţi în stadiul incipient faţă de total bolnavi noi în grupa I).

De asemenea, şi *indicele de copii depistaţi,* faţă de totalul bolnavilor noi, scade la 18,4%, faţă de 21,1% în 1954, ceea ce indică o îmbunătăţire în acest domeniu.

S-a ameliorat şi *indicele de decese la domiciliu* a tuberculoşilor, ceea ce explică de asemenea scăderea *indicelui de cazuri noi în focare existente* (de la 11,2% în 1954, la 7,1% în acest an).

În ceea ce priveşte sifilisul, scăderea a avut loc şi la bolnavii florizi, *indicele de florizi* fiind de 5,6%, faţă de 7,9% în anul precedent. De asemenea şi *indicele de tratament* s-a ameliorat, fiind de 2,6 serii terminate, iar în mediul urban 3,1 serii.

Pe raioane se constată însă diferenţe faţă de media globală pe regiune.

Astfel, morbiditatea prin tuberculoză şi în indicele de evidenţă este mai mare în raioanele G. (424,3‰, respectiv 1,4%) şi M. (419,9‰, respectiv 1,4%), în timp ce în raionul F. morbiditatea este mult mai scăzută (324,1‰, respectiv 0,9%), deşi reţeaua antituberculoasă este bine organizată, ceea ce rezultă şi din indicii stadiului de depistare şi cazuri noi în focare existente.

In privinţa sifilisului, morbiditatea este mai mare în raionul H. (124,7‰), indicele cel mai scăzut fiind în raionul F. (79,8‰). In raioanele A., B., F. şi H. nu s-a depistat nici un caz de malarie, în timp ce în raionul G. se constată cea mai crescută morbiditate în această boală, de altfel ca şi în anii trecuţi.

De asemenea şi în pelagră cazuri noi se constată numai în raioanele A., B., G. şi H. Au fost depistate cazuri noi de guşă în toate raioanele, cea mai mare morbiditate fiind în raionul H.

D. *Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă*

In toate ramurile de producţie a avut loc o scădere a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, aşa cum rezultă din tabelul următor:

Tabelul 17

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă pe ramuri de producţie

Ramura de producţie	Frecvenţa			Gravitatea			Durata		
	1953	1954	1955	1953	1954	1955	1953	1954	1955
Carbonifer	85,9	81,4	74,6	901,2	874,2	856,4	10,5	10,7	11,5
Metalurgie	81,2	79,4	70,9	809,9	793,2	780,6	10,0	10,0	11,0
Textile	82,3	80,1	72,0	824,6	801,9	796,8	10,0	10,0	11,1
Forestier	60,9	58,2	56,3	684,5	671,0	644,6	11,2	11,5	11,4
Alimentar	50,4	47,9	45,1	489,6	470,0	460,1	9,7	9,8	10,2
Agricol	36,1	30,6	29,7	350,9	324,6	300,2	9,7	10,6	10,1

Aceşti indici sînt medii globale, deoarece pe întreprinderi există diferenţe serioase. Astfel, la întreprinderea textilă O. frecvenţa este de 94,0 (concedii noi la suta de salariaţi), iar gravitatea de 884,2 (zile concediu la suta de salariaţi), în timp ce la întreprinderea textilă H. indicele de frecvenţă este de 71,9, iar gravitatea 736,0.

De asemenea şi în ramura agricolă există variaţii mari, de la o unitate la alta, indicele de frecvenţă fiind cuprins între 24,9 şi 39,1 concedii noi la suta de salariaţi, iar indicele de gravitate între 286,4 şi 372,0 zile concediu la suta de salariaţi.

Cauzele de îmbolnăvire care au dat cea mai mare morbiditate variază de la o ramură la alta; în general însă, următoarele afecţiuni dau o proporţie mai mare din totalul frecvenţei: gripa, boli acute ale căilor respiratorii superioare, infecţii şi supuraţii ale pielii, reumatism, accidente de muncă.

In cazul indicelui de gravitate, tuberculoza este prima afecţiune, ceea ce este şi firesc, ţinînd seama de durata mare a concediului.

★

In concluzie, în anul 1955 starea de sănătate şi activitatea medico-

sanitară din regiune prezintă o serioasă îmbunătățire. Aceasta rezultă din următoarele:

a) Imbunătățirea indicilor demografici, carcaterizată prin creşterea natalității şi scăderea importantă a mortalității generale şi infantile. Scad de asemenea mortinatalitatea şi decesele-mame. Ca urmare, creşte într-o măsură importantă excedentul natural.

Față de aceste succese, amintim însă creşterea mortalității prin bolile aparatului cardio-vascular şi prin cancer, ceea ce trebuie să devină o problemă în privința profilaxiei şi depistării precoce.

b) Scade morbiditatea în cele mai multe boli; boli transmisibile din grupa A, bolile cu extindere în masă, ca şi morbiditatea generală, în afară de reţeaua de pediatrie, unde se constată o creştere a morbidității, în bună parte datorită depistării mai bune în această reţea.

In privința bolilor transmisibile din grupa *A, se constată,* în afara dizenteriei, o scădere importantă. Scad de asemenea mortalitatea şi indicele de decese la suta de bolnavi.

Scad morbiditatea şi indicele de evidență în bolile cu extindere în masă, în afară de indicele de evidență în tuberculoză.

Scade morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă la toate ramurile de producție. Se constată totuşi, la unele întreprinderi, o morbiditate mai ridicată (întreprinderea textilă O.).

Articol intrat în redacție în ianuarie 1956.

Prelucrarea şi gruparea în studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă *

Dr. Ion Lăpuşan

După cum am mai arătat [1], studiul aprofundat al morbidității cu incapacitate temporară de muncă, spre deosebire de studiul curent, este mult mai dezvoltat şi, în afară de utilizarea unei clasificări lărgite a bolilor, se face pe o serie de caracteristici profesionale, ca: loc de muncă (secții, ateliere), profesie, vechime, şi după caracteristici, ca: sex şi grupe de vîrstă.

Pentru efectuarea unui astfel de studiu, materialul statistic trebuie prelucrat pe toate aceste caracteristici şi pe grupările conținute.

In ceea ce priveşte datele morbidității, operația nu este grea, avînd în vedere că evidența primară pe certificatele de boală sau pe fişele statistice speciale cuprinde toate aceste date şi, prin aplicarea operațiilor statistice obişnuite (sortare, despuiere, grupare etc.), datele se pot prelucra uşor pe toate caracteristicile şi grupările stabilite.

Dar, pentru aprecierea datelor statistice, este necesară cunoaşterea

---

* Lucrare efectuată la Centrul de organizare a ocrotirii sănătății şi Istoria medicinei Director prof. Th. Ilea. Colaboratori tehnici: Elena Tudorache, Gh. Zamfir şi Dana Ciochia.

[1] *Revista de ocrotire a sănătății,* 1955, nr. 1 şi 3 şi 1956, nr. 1.

componenței muncitorilor pe aceste caracteristici și grupări, în vederea raportării morbidității la numărul muncitorilor.

Stabilirea numărului de muncitori nu este o operație simplă. Ea cere o anumită metodologie de culegere și prelucrare, mai ales că numărul muncitorilor dintr-o întreprindere prezintă fluctuații continue.

În stabilirea mediei muncitorilor se utilizează evidențe diferite, în raport cu caracteristicile studiate.

Astfel pentru stabilirea mediei muncitorilor pe întreprindere, secții, ateliere, profesii și sexe, se utilizează ca evidență primară statele de plată lunare, în care se cuprind nominal toți muncitorii care au lucrat în luna respectivă, pe fiecare secție, atelier și profesie, iar sexul se identifică după numele persoanei. Media se stabilește prin adunarea numărului de muncitori din fiecare lună și prin împărțirea la numărul lunilor dintr-un an. Calculul se face pe fiecare din grupările de mai sus.

Media muncitorilor pe întreprindere se calculează pe baza mediilor stabilite pe sectoare.

Pentru stabilirea mediei muncitorilor pe grupe de vîrstă și grupe de vechime, se utilizează evidența muncitorilor de la administrația întreprinderii sau de la serviciul de cadre, ținută pe fișe sau registre speciale, după care se face despuirea pe grupele stabilite (vezi grupele propuse pe caracteristici).

Tehnica privind despuierea pe grupe de vîrstă este următoarea:

Se face despuierea muncitorilor pe baza evidenței menționate pe fiecare grupă de vîrstă, lună de lună, la fel ca și pe baza statelor de salarii. Media salariaților pe fiecare grupă de vîrstă se stabilește prin adunarea numărului de muncitori obținuți pe luni și apoi prin împărțirea la numărul lunilor dintr-un an.

Prin acest procedeu de calcul, media obținută ține seama de fluctuația salariaților din cursul anului respectiv, indiferent de evidența utilizată. Calculul trebuie făcut pe grupe de vechime, în cadrul fiecărei grupe de vîrstă. Nu se poate studia morbiditatea în raport cu vechimea, fără să nu se țină seama, concomitent, și de caracterul morbidității pe grupe de vîrstă. De exemplu: un muncitor în vîrstă de 42 de ani poate să aibă o vechime în cîmpul muncii de 10 ani și în întreprindere de un an, în timp ce altul, în vîrstă de 30 de ani, are vechimea în cîmpul muncii de 13 ani, iar în întreprindere de 10 ani. Morbiditatea lor va trebui analizată după vechime în corelație cu vîrsta fiecăruia.

Calculul compoziției muncitorilor pe vîrste și vechime se face și el pe sectoare, ateliere, profesii, sexe, după gradul de detaliu și extindere a lucrării. Datele pe sectoare se centralizează și dau media pe întreprindere, a muncitorilor conform acestor caracteristici.

După cum se vede, pe baza celor două procedee de stabilire a compoziției muncitorilor se obțin două medii: una pe baza statelor de salarii și alta pe baza evidenței de la administrația întreprinderii.

Cele două medii ar trebui să fie identice. Totuși, calculele nu duc la cifre identice, mediile prezentînd mici nepotriviri. Aceasta se datorește faptului că evidența muncitorilor, cu toată fluctuația lor, nu se ține la zi.

În practică, procedeul de stabilire a unei medii unice constă în scă-

derea diferenței dintre cele două medii proporțional cu mărimea mediei, pe fiecare grupă de vîrstă sau vechime.

Prelucrarea după locul de muncă

Am văzut că studiul morbidității cu incapacitate de muncă se efectuează după locul de muncă, pentru a da posibilitatea interpretării datelor morbidității, în corelație cu factorii de mediu din întreprindere.

In raport cu locul de muncă, studiul morbidității se face în mod obișnuit pe sectoare, ateliere și profesii. Studiul pe aceste subgrupări se face după anumite criterii: la întreprinderile mai mari, studiul se face de obicei pe fiecare sector, acestea avînd un număr ridicat de muncitori și deci un material de observație suficient de reprezentativ (se consideră, în general, că pentru a avea valori concludente, grupa cercetată trebuie să cuprindă cel puțin 100 de observații; sub acest număr, indicii obținuți au o valoare relativă).

Dacă unele sectoare au un proces tehnologic asemănător și nu au noxe speciale, ele pot fi întrunite, după ce s-a făcut o analiză sumară, separată, a fiecăreia dintre ele.

La întreprinderile mijlocii și mici nu este necesar ca fiecare sector să fie studiat separat. La aceste întreprinderi se separă de obicei sectoarele mai mari și cele care prezintă condiții de muncă sau noxe deosebite. Și în acest caz, datele trebuie grupate cu foarte mult discernămînt, iar cifrele analizate trebuie în prealabil verificate dacă sînt concludente.

Pe ateliere și profesii, criteriile de grupare vor fi întrucîtva diferite. Numărul atelierelor poate să fie mult mai mare decît numărul sectoarelor, iar profesiile pot să fie foarte numeroase într-o întreprindere mare. In această situație, divizarea materialului pe toate atelierele și profesiile ar duce la cifre mici și foarte mici, care n-ar da posibilitatea unor concluzii, iar prelucrarea ar fi foarte complicată.

In același timp, o astfel de divizare a materialului nu este necesară. Multe ateliere, și în special profesii, au un specific de muncă și condiții de mediu asemănătoare și nu necesită un studiu separat, ele putînd fi grupate și prelucrate împreună în grupe mai mari.

Stabilirea atelierelor și profesiilor, precum și gruparea lor în grupe omogene, se face după criteriul specificului de muncă și a condițiilor de mediu de la locul de muncă.

Vom prezenta, pentru exemplificare, grupările stabilite la patru întreprinderi, la care s-a făcut studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă. Bineînțeles că grupările prezentate sînt valabile pentru specificul și condițiile locale ale acestor întreprinderi. La alte întreprinderi, grupările pot prezenta deosebiri în raport cu particularitățile acestora, respectîndu-se principiile și criteriile generale de grupare.

Grupările utilizate la cea mai mare întreprindere studiată (Intreprinderea I metalurgică) au fost următoarele:

Intreprinderea are zece sectoare: turnătorie, mecanică generală, sculărie, vagoane, cazane, motoare, forje, întreținerea mecanică, întreținerea energetică, administrativ.

Prelucrarea statistică s-a făcut pe fiecare din aceste sectoare. După terminarea prelucrării, avînd în vedere că procesul tehnologic și condițiile de mediu erau asemănătoare la sectoarele: mecanică generală, sculărie, motoare și întreținere mecanică, și că datele rezultate nu prezentau în

general deosebiri remarcabile, aceste sectoare s-au întrunit într-o grupă specială, cu denumirea de „sectoare mecanice".

Fiecare din aceste sectoare este format din cîteva ateliere, în toate sectoarele existînd în total 23 de ateliere. Astfel, turnătoria este formată din cinci ateliere: 1) atelier de turnătorie-fontă; 2) atelier de turnătorie-oţel; 3) atelier de turnătorie-neferoase; 4) atelier de întreţinere-turnătorie; 5) atelier de tîmplărie.

Intrucît primele patru ateliere se găsesc în aceeaşi hală, cu un proces tehnologic asemănător şi cu aceleaşi condiţii de mediu: temperatură înaltă, radiaţii termice, pulberi, zgomot, CO, risc crescut de accidente de muncă, aceste ateliere au fost studiate împreună. Tîmplăria, în schimb, care are un specific deosebit de muncă şi nu lucrează în acelaşi loc, neavînd noxele menţionate, a fost separată de celelalte ateliere ale sectorului. Intrucît în fabrică mai există un alt atelier de tîmplărie la sectorul vagoane, deci cu un specific şi cu condiţii de muncă asemănătoare, aceste două ateliere de tîmplărie au fost studiate împreună.

In rest, la această întreprindere sectoarele sînt formate din ateliere cu un proces tehnologic fără mari deosebiri. Fiecare sector are sediul într-o hală proprie, cu toate atelierele sale, cu aceleaşi condiţii de mediu. In consecinţă, n-a fost necesară separarea unor ateliere, studiul făcîndu-se global pe sectoare.

Astfel, avem sectorul de mecanică generală cu atelierele: mecanică uşoară, mecanică grea (la acestea s-au adăugat sculăria, motoare şi întreţinere mecanică).

Sectorul vagoane cu atelierele: vagoane, şasiuri, carcase, bogriuri, aparate de montaj, tinichigerie.

Sectorul forje cu atelierele: forje, tratament termic.

Excepţie face atelierul de întreţinere energetică, care cuprinde două ateliere: uzină electrică, întreţinere electrică.

Uzina electrică lucrează într-un local propriu, cu condiţii specifice de muncă şi mediu.

Atelierul de întreţinere electrică deserveşte, în schimb, celelalte sectoare cu toate operaţiile de întreţinere a maşinilor electrice de la nivelul acestora. Deci, muncitorii acestui atelier lucrează în condiţii de mediu foarte variate, cînd la un sector, cînd la altul. De aceea, am considerat că acest atelier să fie studiat deosebit.

Menţionăm de asemenea că în sectorul administrativ au fost trecute toate serviciile administrative din întreprindere, administraţie centrală şi a fiecărui sector în parte, cu toate profesiile administrative, în care a intrat personal de conducere, tehnic şi administrativ.

In ceea ce priveşte profesiile, situaţia este şi mai complicată.

In întreprindere existau 97 de profesii. Ne putem imagina ce ar fi însemnat împărţirea materialului pe toate aceste profesii cu atît mai mult cu cît, deşi întreprinderea este foarte mare, majoritatea profesiilor (60) au sub 50 de lucrători, puţine (16) peste 100 şi numai cîteva cu un număr mai ridicat (lăcătuşi 799, strungari 624, turnători 302, sudori electrici şi ajustori 244).

Aceştia, la rîndul lor, sînt împărţiţi pe sectoare şi ateliere, astfel că la nivelul acestora, numărul lor este mult mai mic.

Avînd în vedere numărul ridicat de profesii, cu variaţii mari în numărul muncitorilor şi cu procese tehnologice mult diferenţiate, uneori chiar

în sînul aceluiaşi atelier, a fost necesară stabilirea mai multor grupe de profesii.

La stabilirea grupelor profesionale n-a fost necesar să se ţină seama de atelierele aceluiaşi sector, întrucît procesul tehnologic la aceeaşi profesie este acelaşi, în general muncitorii fiind supuşi acţiunii aceloraşi noxe. Uneori se pot întruni profesii chiar din sectoare diferite. Exemplu: tîmplarii din două sectoare (turnătorie şi vagoane).

Vom prezenta mai jos gruparea profesiilor: La sectorul turnătorie am stabilit trei grupe de profesii asemănătoare, pe care le-am studiat separat. Acestea sînt:

Prima grupă: 1. turnători 2. topitori ajustori 3. încărcători	*Caracterizare:* lucrează în echipă, făcînd o muncă asociată. *Noxe speciale:* temperatură înaltă, variaţii bruşte de temperatură, radiaţii termice intense, CO, risc de accidente de muncă.
A doua grupă: 1. modelieri 2. miezuitori	*Caracterizare:* lucrează formele de turnare din pămînt; modelierul face forma exterioară, iar miezuitorul mijlocul. *Noxe speciale:* pulberi.
A treia grupă: 1. curăţitori 2. dezbătători	*Caracterizare:* lucrează la curăţirea formelor arse cu ciocan pneumatic, gresii electrice. *Noxe speciale:* praf, zgomot, trepidaţii.

La sectorul mecanic am stabilit grupele:

1. Strungari, frezori, rabotori, rectificatori, trasatori, ascuţitori, ajustori.	*Caracterizare:* proces tehnologic asemănător, mecanic. *Noxe speciale:* acţiunea iritantă cutanată a uleiurilor de răcire, risc de accidente oculare.
2. Lăcătuşi	*Caracterizare:* lucrări obişnuite de lăcătuşerie (proces de întreţinere mecanică). Fără noxe speciale.

La sectorul cazane am stabilit o singură grupă:

1. Cazangii, nituitori, sudori	*Caracterizare:* proces de muncă asociat. *Noxe:* trepidaţii, zgomot, radiaţii ultraviolete, oxizi de azot.

La sectorul motoare nu s-a separat nici o grupă, toate profesiile avînd un conţinut de muncă şi condiţii de mediu asemănătoare.

La sectorul forje am stabilit o singură grupă:

1. Forjari, călitori, macaragii	*Caracterizare:* muncă foarte grea. Proces de muncă asociat. Efort fizic mare. *Noxe:* temperatură înaltă, radiaţii termice, zgomot, fum, CO.

La sectorul de întreţinere energetică n-am separat nici o grupă, pro-

fesia coincizînd cu atelierul (uzina electrică, întreţinerea electrică), ca proces tehnologic şi condiţii de mediu.

Restul profesiilor care nu au fost prelucrate separat au fost cuprinse în totalul pe sector.

Vom prezenta grupările după locul de muncă la întreprinderea a II-a metalurgică cu punct de sănătate medical.

Intreprinderea este formată din cinci sectoare:

Sectorul I — ateliere: turnătorie, fierărie, tîmplărie.
„ II — „ strungăria I şi a II-a.
„ III — „ ajustaj, construcţii-montaj, lăcătuşerie.
„ IV — „ întreţinere, echipă magazie.
„ V — administrativ.

După cum se vede, numărul sectoarelor şi atelierelor este mult mai mic. Fiecare sector a avut un specific de muncă şi condiţii de mediu deosebite, studiul făcîndu-se astfel pe fiecare sector în parte.

In ceea ce priveşte atelierele, situaţia este următoarea: la sectorul I sînt trei ateliere, deosebite, şi ca proces tehnologic, şi în ceea ce priveşte condiţiile de mediu şi noxele profesionale.

Intrucît atelierele de fierărie şi turnătorie au amîndouă un număr prea mic de salariaţi (24 fierărie şi 42 turnătorie), avînd în vedere că au anumite asemănări în condiţiile de mediu (temperatură înaltă, variaţii bruşte de temperatură, radiaţii termice, zgomot, CO) (la turnători se adaugă pulberi) şi caracterul de muncă grea, s-au studiat împreună.

Tîmplăria, avînd de asemenea un număr mic de salariaţi, n-a fost prelucrată separat, ci împreună cu atelierele de la sectorul de întreţinere.

La sectorul II, ambele ateliere de strungărie s-au studiat împreună, deoarece au aceleaşi condiţii de muncă şi mediu.

La sectorul III s-au separat atelierele care au un proces de muncă deosebit:

1. Ajustaj, construcţii, montaj — *Noxe speciale:* temperatură scăzută în perioada rece a anului, zgomot, trepidaţii, oxizi de azot.
2. Lăcătuşerie — Fără noxe speciale.

La sectorul IV şi V nu s-a făcut nici o grupare separată.

In privinţa profesiilor, s-au făcut următoarele grupări:

Sectorul I. La atelierul de fierărie, s-au separat fierarii.

Caracterizare: muncă grea, temperatură înaltă, radiaţii termice intense, schimbări bruşte de temperatură, zgomot, CO.

La atelierul de turnătorie s-au studiat separat turnătorii:

Caracterizare: muncă grea, pulberi, zgomot, temperatură înaltă, variaţii bruşte de temperatură, radiaţii termice, CO.

Sectorul II. S-au separat strungarii de la ambele strungării (întrunit):

Caracterizare: proces tehnologic diferit de celelalte profesii. Poziţie ortostatică, luminozitate slabă (datorită poziţiei defectuoase a strungarilor faţă de sursele de lumină), acţiunea iritantă a uleiurilor de răcire, risc de accidente oculare.

Sectorul III. Atelierul ajustaj-construcţii-montaj — s-au separat:

1. Ajustorii — *Caracterizare:* proces de muncă deosebit. *Noxe:* zgomot, trepidaţii, oxizi de azot, temperatură scăzută în anotimpurile reci.

2. Lăcătuşi — *Caracterizare:* proces de muncă diferit. Aceleaşi noxe. (montatori)

Atelierul de lăcătuşerie:
1. Lăcătuşi — *Caracterizare:* deosebiri faţă de lăcătuşii de la montaj. Loc de muncă diferit, fără unele noxe de la atelierul procedent, unde mai sînt lăcătuşi.

Noxe: trepidaţii, zgomot, oxizi de azot (prin efectuarea lucrărilor de sudură în acelaşi atelier).

La sectorul IV şi V nu s-a separat nici o profesie.

La întreprinderea a III-a metalurgică cu punct de sănătate, cu personal mediu, numărul salariaţilor fiind mic, de 400 pe întreprinderea întreagă, iar pe cele patru sectoare (turnătorie, presă, cazangerie, montaj, administrativ) numărul fiind scăzut, în jurul şi sub 50 (numai sectorul administrtiv are 80 de salariaţi), împărţirea materialului pe sectoare ar fi fracţionat prea mult datele statistice.

In această situaţie, gruparea trebuie făcută pe sectoarele metalurgice laolaltă, şi separat pe sectorul administrativ.

Sectoarele au, în general, un proces de producţie asemănător de mică metalurgie.

Nu s-a efectuat un studiu pe ateliere şi profesii, care ar fi divizat şi mai mult materialul.

Cealaltă întreprindere (a IV-a) cu punct de sănătate medical, făcînd parte din industria textilă, este compusă din cinci sectoare. Fiecare sector este format din ateliere mici, care se confundă în general cu o profesie distinctă.

Redăm mai jos componenţa întreprinderii:

Sectorul I. Ateliere

Preparaţie	1. bobinat	*Caracterizare:* proces de muncă asociat şi asemănător. *Noxe:* scame, zgomot, trepidaţii, poziţie ortostatică prelungită.
	2. canetat	
	3. urzit	
	4. nevedit	
	5. meşteri preparaţie	
	6. întreţinerea preparaţiei	

Sectorul II. Ateliere

Ţesătorie	1. ţesut	*Caracterizare: Noxe speciale:* scame, zgomot, trepidaţii, poziţie ortostatică prelungită.
	2. distribuitori ţevi	
	3. meşteri războaie	
	4. întreţinere războaie	

Sectorul III. Ateliere

Finisaj Innobilare	1. pîrlit	*Caracterizare:* umiditate crescută, temperatură ridicată, curenţi de aer, vapori toxici (clor etc.), poziţii vicioase.
	2. albit	
	3. vopsit	
	4. mercerizat	
	5. apretat	
	6. meşteri înnobilare	

Sectorul IV. In acest sector sînt cuprinse diferitele ateliere mici de întreţinere: întreţinere mecanică, electrică, tîmplărie, reparaţii, revizie războaie etc.

Sectorul V. In acest sector intră personalul administrativ, tehnic şi administrativ, de conducere (anexe tehnice şi sociale), pază, pompieri, personal de serviciu.

La această întreprindere, avînd în vedere condiţiile de mediu asemănătoare pe sectoare, procesul tehnologic, cu mici deosebiri de la un atelier şi de la o profesie la alta şi numărul mic de muncitori pe ateliere şi profesii, studiul s-a făcut numai pe sectoare.

In ceea ce priveşte atelierele, care, după cum se vede, sînt în număr mare la fiecare sector, ele cuprind în marea majoritate un număr mic de muncitori (cu excepţia ţesătoriei, care are 576). Atelierele sînt situate, fie în aceeaşi hală (preparaţie, ţesătorie), fie cu comunicaţii deschise între săli (ca la finisaj-înnobilare).

In general, atelierul se identifică cu profesia ca proces tehnologic şi condiţii de mediu.

O singură excepţie s-a făcut cu atelierul de ţesătorie, care, deşi are sediul în acelaşi local, are un număr mult mai mare de muncitori decît toate atelierele (şi chiar decît celelalte sectoare), cuprinzînd aproximativ jumătate din numărul muncitorilor întreprinderii, deşi condiţiile de mediu nu sînt mult deosebite faţă de majoritatea atelierelor de la războaie şi preparaţie (scame şi zgomot la care se adaugă trepidaţii, poziţie ortostatică).

Prelucrarea statistică pe sexe

Studiul morbidităţii pe sexe nu se poate face decît la unele sectoare sau ateliere, unde există un număr de salariaţi suficient de reprezentativ pe ambele sexe.

La întreprinderile mijlocii şi mici, studiul pe sexe se face numai pe

întreprindere, pentru a putea cuprinde un material mai voluminos. In acelaşi timp, se pot alege anumite sectoare, la care specificul de muncă face ca ambele sexe să fie mai bine reprezentate.

Pe baza acestor principii, în cercetarea de la întreprinderile menţionate am procedat în modul următor :

La întreprinderea cea mai mare, studiul pe sexe s-a făcut la sectoarele : turnătorie, mecanică şi administrativ şi, global, pe întreprindere.

La celelalte trei întreprinderi, numărul femeilor pe sectoare şi ateliere (cu excepţia ţesătoriei de la întreprinderea textilă care cuprinde aproape exclusiv femei) a fost mic, astfel că studiul pe sexe s-a efectuat numai pe întreprindere.

Prelucrarea statistică pe grupe de vîrstă

Pentru studiul morbidităţii după vîrstă, este necesară stabilirea anumitor grupe de vîrstă, care să caracterizeze o anumită perioadă a dezvoltării organismului, a receptivităţii acestuia pentru anumite boli şi a anumitor stadii de evoluţie a proceselor morbide.

In acelaşi timp, grupele trebuie să aibă intervale suficient de mari, care să poată scoate în evidenţă, prin cifre reprezentative, o anumită structură şi dinamică a morbidităţii.

In general, prin grupele de vîrstă stabilite, trebuie să se distingă trei sau patru perioade din viaţa organismului, şi anume: vîrsta tînără, adultă, matură şi bătrînă.

Grupa de vîrstă cu cel mai mic interval, care se consideră că se poate cuprinde în studiu, este de 5 ani.

Luarea ca unitate de măsură a acestui interval va determina stabilirea unui număr destul de mare de grupe de vîrstă, în multe cazuri, cifrele ajungînd la un nivel prea scăzut.

In studiul nostru am utilizat o grupare pe intervale mai mari, pe care o considerăm corespunzătoare pentru o analiză aprofundată şi pe care o redăm mai jos :

TOTAL	0 — 19 ani	20 — 29 ani	30 — 39 ani	40 — 49 ani	50 de ani şi peste

Cele şase intervale din tabel dau posibilitatea grupării datelor morbidităţii pe principalele perioade ale vieţii organismului. Grupele de 0—19 ani (este vorba de grupul adolescenţilor între 16 şi 20 de ani), şi de 20—29 de ani cuprind perioada vîrstelor tinere. Grupele 30—39 şi 40—49 de ani reprezintă perioadele vîrstei adulte şi mature, iar grupa de 50 de ani şi peste delimitează perioada vîrstelor bătrîne. In acelaşi timp grupele fiind mari, din 10 în 10 ani, şi chiar peste (ultima grupă), cifrele vor cuprinde un număr mai mare de salariaţi şi cazuri de boală.

Desigur că se pot alege şi alte grupe, în raport cu obiectivele cercetării, respectînd bineînţeles criteriul grupării după caracteristici omogene.

Studiul morbidităţii pe vîrstă se poate face pe întreprindere, pe părţile componente ale întreprinderii (sectoare, ateliere), pe profesii, sexe şi vechime (ţinîndu-se seama, bineînţeles, de numărul minim de observaţii în tragerea concluziilor).

In cercetarea noastră, studiul pe grupe de vîrstă s-a făcut pe între-

prindere şi pe sectoare numai la prima întreprindere mai mare. La celelalte întreprinderi, numărul salariaţilor şi cazurilor fiind mult mai mic, studiul pe grupe de vîrstă s-a făcut numai pe întreprindere.

Se poate studia, de asemenea, morbiditatea pe sexe în cadrul grupelor de vîrstă, studiu pe care l-am făcut la două sectoare.

Prelucrarea după vechimea în cîmpul muncii, în profesie, în întreprindere şi la locul de muncă

Pentru stabilirea influenţei factorilor de mediu şi profesionali asupra sănătăţii muncitorilor, trebuie studiată şi influenţa exercitată de aceştia un timp mai îndelungat, respectiv de la intrarea în producţie sau într-o anumită muncă. Acest lucru se realizează prin studiul vechimii în cîmpul muncii, în profesie, în întreprindere şi la locul de muncă.

In stabilirea vechimii în cîmpul muncii şi în profesie, trebuie efectuată, în prealabil, o verificare amănunţită a evidenţei individuale, cel puţin la muncitorii la care există lipsuri în înregistrarea vechimii, întrucît aceasta de multe ori este deficitară, nefiind ţinută la zi.

In ceea ce priveşte vechimea în întreprindere, nici aici nu avem totdeauna o evidenţă exactă.

Sînt muncitori care pleacă, în anumite perioade de timp, din întreprindere pentru cîteva luni şi apoi se reîntorc. La unii, aceste plecări şi reveniri se repetă de mai multe ori. De fiecare dată, în evidenţa întreprinderii aceşti muncitori apar cu vechimea în întreprindere de la ultima dată a angajării lor. Acest lucru se întîmplă în special la unii muncitori originari din mediul rural, care în timpul muncilor agricole de vară nu mai vin la întreprindere pentru cîteva luni. Se pot întîlni muncitori care lucrează în întreprinderea respectivă de 20 de ani şi figurează ca vechime în întreprindere numai de un an. Acestor muncitori trebuie să li se reconsidere, pentru studiul morbidităţii, vechimea în întreprindere calculată de la prima angajare.

Sînt apoi muncitori care, în decursul timpului, au fost schimbaţi de la o profesie la alta şi de la un loc de muncă la altul, care au cu totul alt specific de muncă şi de mediu. In acest caz, trebuie să se studieze, pe lîngă vechimea în întreprindere, şi vechimea la locul de muncă.

Studiul vechimii nu se poate face, apoi, fără să se aibă în vedere vîrsta muncitorului. Ştim că morbiditatea pe grupe de vîrstă prezintă deosebiri. Ştim că un muncitor poate să aibă o vechime în cîmpul muncii sau în întreprindere de numai 2 ani, avînd în schimb vîrsta de 38 de ani. Desigur că morbiditatea lui va căpăta amprenta vîrstei respective, faţă de un alt muncitor, care are vechimea tot de 2 ani, însă vîrsta de 21 de ani.

Grupele de vechime în cîmpul muncii trebuie să aibă intervale în aşa fel stabilite, încît să scoată în evidenţă gradul influenţei condiţiilor de mediu şi factorilor profesionali, exercitată în diferite perioade de timp.

Pentru a corespunde acestui obiectiv, considerăm că cele mai corespunzătoare intervale sînt următoarele:

0 — 1 an	1 — 5 ani	6 — 10 ani	11 — 20 ani	20 de ani şi peste

Ca o caracterizare generală, se poate considera că în grupa 0—1 an ar intra muncitorii din perioada de prim contact cu factorii de mediu şi

profesionali. Ar corespunde perioadei primei reacţii a organismului faţă de aceşti factori şi luptei de adaptare a lui la noile condiţii de mediu.

Perioada 1—5 ani ar corespunde perioadei cînd aceşti factori acţionează din plin şi intensiv asupra organismului, putînd determina o scădere a rezistenţei lui şi contractarea diferitelor boli profesionale sau provocate de condiţiile de mediu nefavorabile.

Celelalte perioade cuprind stadiul în care, fie că s-a obţinut o adaptare stabilă, un echilibru în complexul reacţiilor dintre organism şi mediu, fie că lupta de apărare a organismului faţă de aceşti factori este mai slabă, iar procesele morbide contractate trec într-un stadiu cronic din ce în ce mai avansat. Stadiile de cronicitate corespund celor trei perioade: 6—10 ani, 11—20 şi peste 20 de ani.

In ceea ce priveşte vechimea în profesie, se pot lua aceleaşi grupe, după aceleaşi considerente ca şi la vechimea în cîmpul muncii.

Studiul vechimii în întreprindere se face pe grupări, cu intervale puţin deosebite. Acestea pot fi:

0—1 an	1—2 ani	3—5 ani	6—10 ani	peste 10 ani

După cum se vede, în cadrul vechimii în întreprindere se fac grupări mai mici, pentru grupele de vechime mai mici, în vederea cunoaşterii şi urmăririi mai îndeaproape a influenţei condiţiilor de mediu, specifice întreprinderii respective, asupra organismului, în primii ani.

Caracterizarea generală făcută mai sus, în legătură cu grupele de vechime în cîmpul muncii, este valabilă şi pentru vechimea în întreprindere.

Pentru a se studia datele în perioada cronicizării proceselor morbide în mai multe stadii, se mai pot adăuga şi aici, ca şi la vechimea în cîmpul muncii, grupele de 11—20 şi peste 20 de ani.

Pentru vechimea la locul de muncă şi în profesie, se pot utiliza aceleaşi intervale.

Desigur că aceste scheme pot fi modificate după nevoile cercetării, dar criteriile de stabilire a intervalelor trebuie riguros respectate. Totodată, grupele nu trebuie să fie prea numeroase, pentru a nu duce la dispersarea prea mare a materialului care ar deveni, practic, inutilizabil.

De altfel, recomandăm să se facă studiul vechimii în profesie şi la locul de muncă, numai cînd există schimbări numeroase de la o profesie la alta sau de la un loc de muncă la altul, în scopul unei analize individuale. Obişnuit, se face numai studiul vechimii în cîmpul muncii şi în întreprindere, care cuprind în mare celelalte două categorii de vechime (vechimea în cîmpul muncii se identifică cu vechimea în profesie, iar vechimea în întreprindere cu vechimea la locul de muncă).

Prin scindarea materialului şi pe grupe de vîrstă, numărul de observaţii pe fiecare grupă se reduce mult, după cum se poate vedea din tabelele de mai jos, de la două sectoare, de la o întreprindere mare, avînd fiecare în jurul a 1 500 de muncitori.

După cum se vede, deşi numărul muncitorilor este destul de mare la cele două sectoare (printre cele mai mari din întreprindere), repartizarea simultană, pe intervalele celor două caracteristici, face ca numai la unele grupe să avem eşantion corespunzător (peste 100 de observaţii).

In cercetarea noastră, am studiat vechimea în întreprindere, în mod experimental, în felul următor:

Vîrsta	Turnătorie — Vechimea în întreprindere					Mecanică — Vechimea în întreprindere				
	0 — 5 luni	6 — 11 luni	1 — 2 ani	3 — 5 ani	peste 6 ani	0 — 5 luni	6 — 11 luni	1 — 2 ani	3 — 5 ani	peste 6 ani
0 — 19 ani	127	84	103	33	—	157	145	89	36	—
20—29 ani	63	63	111	134	36	21	56	106	93	45
30—39 ani	11	31	58	103	126	2	15	35	61	107
40—49 ani	4	24	40	59	132	2	6	14	13	101
peste 50 ani	1	7	12	27	67	1	5	3	15	38

Vîrsta	Turnătorie — Vechimea în întreprindere						Mecanică — Vechimea în întreprindere				
	0 — 4 ani	5 — 9 ani	10—14 ani	15—19 ani	peste 20 de ani	ne-specificat	0 — 4 ani	5 — 9 ani	10—14 ani	15—19 ani	peste 20 de ani	nespecificat
0 — 19 ani	347	—	—	—	—	—	271	156	—	—	—	—
20—29 ani	209	79	8	—	—	111	118	36	28	5	—	135
30—39 ani	119	93	50	8	—	59	47	30	45	33	19	46
40—49 ani	93	61	62	26	4	13	14	8	17	28	50	19
peste 50 ani	33	28	35	4	6	8	11	10	8	4	23	6

La întreprinderea cu S.M.S. am studiat vechimea în cîmpul muncii la două sectoare principale (turnătorie şi mecanică), cu condiţii de mediu şi proces tehnologic diferit.

La celelalte întreprinderi nu s-a putut studia vechimea în cîmpul muncii, datorită lipsurilor evidenţei. Vechimea în întreprindere s-a studiat, în mod experimental, la una din întreprinderile cu punct de sănătate, pe întreprindere.

Experimentarea a stabilit că studiul nu se poate face decît pe sectoare, ateliere sau profesii, cu număr mare de salariaţi, de la cîteva sute în sus, datorită dispersării datelor pe grupele de vîrstă şi vechime. In rest, studiul nu se poate face decît pe întreprindere.

Prelucrarea morbidității individuale (sau pe contingente)

In unul din articolele anterioare[1] am arătat importanța studiului morbidității individuale, atît pentru morbiditatea generală, cît și pentru morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă. Nu vom reveni asupra descrierii unității statistice. Vom reaminti numai că unitatea statistică pentru studiul morbidității individuale este omul, muncitorul bolnav, cu toate îmbolnăvirile sale.

Prin îmbolnăvire, în studiul morbidității individuale, se înțelege fiecare caz nou de îmbolnăvire sau reîmbolnăvire (puseu acut) de aceeași boală. In consecință, în această situație, fiecare certificat nou inițial va reprezenta un caz nou de îmbolnăvire.

Studiul morbidității individuale se face și el pe baza fișelor statistice speciale sau a fișelor individuale de consultații.

Prima operație de prelucrare este aranjarea materialului de evidență primară pe individ, fiecare muncitor avînd, la un loc, aranjate, în ordine cronologică, toate fișele reprezentînd certificate noi inițiale sau în continuare. Toate certificatele inițiale vor constitui materialul statistic, care se va prelucra pe individ.

Prelucrarea se face și pentru cazurile lichidate, pentru a se stabili numărul de boli pe om.

Studiul morbidității se face și el pe întreprindere și unitățile sale componente: sectoare, ateliere și pe profesii. Se face, de asemenea, pe sexe și grupe de vîrstă. Toate acestea se pot combina între ele.

In procesul prelucrării, materialul se grupează pe muncitorii care s-au îmbolnăvit și care nu s-au îmbolnăvit.

Total muncitori	S-au îmbolnăvit	Nu s-au îmbolnăvit

Numărul muncitorilor care nu s-au îmbolnăvit se obține prin diferența numărul de muncitori îmbolnăviți, față de numărul salariaților după statele de salarii și evidența de la serviciul administrativ (pentru grupele de vîrstă și vechime).

Apoi se stabilește numărul bolnavilor care au prezentat cazuri de îmbolnăvire de mai multe boli, pe următoarele grupe (sau contingente, denumire după care morbiditatea astfel studiată se mai numește și morbiditate pe contingente).

Număr bolnavi de o boală
„ „ „ două boli
„ „ „ trei boli
„ „ „ patru boli
„ „ „ cinci și mai multe îmbolnăviri (boli).

Urmează prelucrarea bolnavilor cu repetări ale îmbolnăvirilor pe aceleași grupe de mai sus, înlocuind termenul de boală cu îmbolnăvire.

Se trece apoi la stabilirea repetării îmbolnăvirilor pe boli, folosind ca unitate statistică certificatul inițial.

Dăm mai jos modelul tabelului pentru prelucrarea numărului îmbolnăvirilor pe boli, după Stoikova, „Revista de organizare a ocrotirii sănătății sovietice", 1953, nr. 5.

[1] Revista Ocrotirea sănătății, 1955, nr. 3.

Cod	Denumirea bolii	Numărul muncitorilor							
		Nu s-au îmbolnăvit	S-au îmbolnăvit	Dintre aceştia s-au îmbolnăvit				Imbolnăvit o singură dată	De repetate ori
				1 dată	2 ori	3 ori	4 peste		

Ultimele două coloane, cuprinzînd numărul îmbolnăvirilor, o singură dată, şi în repetate rînduri, reprezintă un rezumat al tabelului, pentru a se putea vedea dintr-o privire proporţia muncitorilor care s-au îmbolnăvit o singură dată şi la cîţi s-a repetat îmbolnăvirea de aceeaşi boală.

Datele din cele trei tabele se pot prelucra pe: vîrste, sexe etc., după aceeaşi tehnică.

Procedeele de prelucrare şi grupările descrise pînă acum servesc unei analize ştiinţifice aprofundate, necesară pentru stabilirea măsurilor complexe de prevenire şi combatere a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

BIBLIOGRAFIE

1. VIGDORCIK N. A. — Metoda de studiu a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, Leningrad, 1948.
2. VIGDORCIK N. A. — Sovetskoe Zdravoohranenie, 1952, nr. 2, p. 30.
3. NAVROŢKI — Evidenţa, analiza morbidităţii şi a traumatismelor şi reducerea lor, Editura medicală de stat U.R.S.S., Kiev, 1951.
4. ISAEV N. S. — *Igiena şi microbiologia*, 1953, nr. 4, p. 24.
5. HOŢIANOV L. K. şi AMORESKAIA A. I. — Îndrumări metodice cu privire la ţinerea evidenţei, prelucrarea şi analiza cazurilor de îmbolnăvire cu incapacitate temporară de muncă, 1954, Medghiz, Moscova.

Articol intrat în redacţie în februarie 1956.

Critica organizării sanitare din Romînia burghezo-moşierească în lucrările lui Şt. Stîncă

Dr. G. Brătescu

Pînă la eliberarea ţării noastre, s-a acumulat de-a lungul deceniilor o bogată literatură critică asupra stării sanitare a Romîniei burghezo-moşiereşti. Printre cei care demască lipsa criminală de interes a regimurilor trecute pentru sănătatea publică întîlnim savanţi de mare prestigiu, cum au fost C. Istrati, V. Babeş, Th. Ionescu, G. Marinescu, ba chiar unele persoane cu răspunderi în însăşi ierarhia administraţiei sanitare, ca: I. Felix, N. Manolescu, Al. Obreja, V. Sion şi alţii. Atît de vastă este această literatură critică, încît se poate afirma că aproape nu a existat figură medicală proeminentă care să nu se fi simţit datoare să denunţe public, cu un prilej sau altul, deficienţele grave în ocrotirea sănătăţii din acele timpuri.

Nici una din aceste critici nu are însă amploarea şi adîncimea care caracterizează scrierile în care Şt. Stîncă înfierează organizarea sanitară a Romîniei vechi, căci, spre deosebire de alţii, Stîncă beneficia de cunoaşterea legilor obiective ale dezvoltării societăţii, era un marxist. Aceasta i-a îngăduit să nu se limiteze la o simplă înşiruire a relelor care bîntuiau administraţia noastră sanitară, la căutarea cauzelor lipsurilor în fenomene de ordin secundar, şi, astfel, la aducerea de propuneri utopice pentru îndreptarea situaţiei.

Încă în memorabila sa teză de doctorat: „Mediul social ca factor patologic", Stîncă a subliniat cu toată tăria legătura care există între starea de sănătate a maselor şi orînduirea social-economică corespunzătoare. In orînduirile sociale bazate pe exploatarea omului de către om, mediul social va avea rolul unui factor patologic, fiindcă, aşa cum se întîmplă, de pildă, în capitalism, este cu neputinţă să se realizeze o adevărată ocrotire a sănătăţii poporului, atunci cînd oamenii muncii sînt osîndiţi la mizerie şi foame. Numai transformările politico-economice structurale, ducînd la eliberarea omului de sub orice exploatare, pot garanta şi preschimbarea mediului social dintr-un element care determină apariţia şi extinderea bolilor, într-un factor de apărare şi întărire a sănătăţii celor mulţi.

Dar în lucrarea pentru examenul de doctorat, atunci cînd era vorba de analizat deficienţele organizării sanitare a ţării, Stîncă a fost obligat să citeze observaţiile şi constatările altor autori: Istrati, Obedenaru, Şuţu etc., sau din anchetele publicate în „Munca", organul mişcării socialiste.

Aceasta este uşor de înţeles : pe de o parte, tînărul absolvent al facultăţii nu putea cunoaşte încă destul de temeinic realităţile sanitare din teren, iar pe de alta, însuşi caracterul scrierii nu permitea o expunere critică originală prea tăioasă. De altminteri, dacă în juriul de promoţie n-ar fi existat profesori cu vederi mai înaintate, cum era în primul rînd Felix, este greu de crezut că o lucrare inaugurală atît de îndrăzneaţă ar fi fost luată în consideraţie, cu toate că purta inscripţia reglementară : „Facultatea consideră opiniile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi n-are a exprima, nici aprobare, nici dezaprobare"...

In cursul activităţii lui viitoare, ca medic al sărăcimii şi ca militant al mişcării muncitoreşti, Stîncă a avut prilejul să verifice practic justeţea tezelor, pe care, călăuzit de metodologia marxistă, le schiţase în opera amintită. După ce capătă, în 1891, titlul de doctor în medicină şi chirurgie, timp de 5 ani, adică aproape tot restul zilelor sale, el a trebuit să se războiască cu indiferenţa şi reaua credinţă a oficialităţilor chemate să-l sprijine în eforturile pentru apărarea sănătăţii maselor. Dorind să-şi închine munca alinării suferinţelor ţărănimii şi muncitorimii, Stîncă funcţionează cu numiri provizorii ca medic de plasă, zvîrlit din loc în loc în diferite judeţe ale ţării, după bunul plac al autorităţilor, care priveau cu ochi răi pe acest tînăr doctor prea zelos în îndeplinirea îndatoririlor sale şi de loc preocupat să cîştige bunăvoinţa politicienilor şi arendaşilor. Dar sănătatea lui complet zdruncinată îl sileşte, în 1896, să pună capăt peregrinărilor şi să se instaleze la Iaşi, oraşul său natal. In acest ultim an al vieţii, Stîncă publică în ziarele democrate şi în periodicile medicale ale vremii o serie de articole, care completează, prin materialul lor concret — rod al unei experienţe dobîndite în condiţii dramatice în cursul scurtei, dar zbuciumatei sale cariere medicale — tezele expuse în „Mediul social ca factor patologic".

Stîncă s-a ridicat cu hotărîre împotriva orientării tehniciste în abordarea problemelor de ocrotire a sănătăţii, împotriva pretinsului „apolitism" al medicilor, care, ca orice apolitism, nu urmăreşte altceva decît să înlesnească acceptarea situaţiilor oricît de nedrepte şi să acopere fuga de răspundere socială. Intr-un articol tipărit într-un ziar ieşean, Stîncă arată : „Indată ce nu-i vorba de microbi, de canalizări de stradă, de apă potabilă, de latrini, îndată ce va trebui să se amestece vreun cuvînt ca de pildă : autoritate comunală, ministru de interne, sărac, mizerie, deputat etc., apoi medicul pune numaidecît între ghilimele : „aceasta fiind de raportul oamenilor de stat, lăsăm să fie discutat de oamenii noştri politici". Şi cu toate acestea, medicii în genere şi, mai ales, cel aflat în serviciul public, ar trebui să se convingă că rolul cel mai de căpetenie în prevenirea şi stăvilirea, chiar, a epidemiilor nu-l poate juca nici igiena, nici terapia, nici chiar bacteriologia, ci numai şi numai *„economia"*. Reluînd o idee expusă în teza sa de doctorat, Stîncă se întreabă : „De ce nu ne-am gîndi şi la om, ci numai la microbi? Şi dacă ne gîndim să întărim pe om în lupta sa contra microbilor, numaidecît ne lovim de hrană, aer, apă, curăţenie etc.... Dar hrană, curăţenie şi celelalte le poate avea omul muncind în societate : societatea are o organizare care hotărăşte condiţiile muncii... Studiul organizării societăţii, al condiţiilor de muncă etc. formează obiectul economiei şi iată cum un medic, care ia în serios rolul său în societatea noastră, trebuie să cunoască şi economie şi să se folosească de dînsa, aplicînd

rezultatele ei pe terenul *profilaxiei*" (*Evenimentul*, anul IV, nr. 1 034, 25 august 1896).

Orînduirea socială își pune pecetea asupra celor mai variate aspecte ale exercitării profesiei medicale. Încă de pe atunci începuse controversa dacă numărul medicilor noștri nu este cumva prea mare sau prea mic față de nevoile și posibilitățile țării. Problema, observă Stînca, nu poate fi înțeleasă just decît încadrînd-o în complexul social-economic corespunzător: „Față cu trebuințele statului și ale populației, numărul medicilor în Romînia nu-i mai mare, ba poate e mai mic; decît cei mai mulți doctori să grămădesc în orașele mari și astfel se pare că avem *prea mulți doctori*. Îngrămădirea medicilor, ca și a altor profesioniști, în orașele mari este iarăși o urmare a organizării sociale moderne. Medicina este o meserie și profesionistul caută *o piață mare* pentru practicarea acestei meserii, căci, numai unde-i populație multă, și mulți bolnavi și deci mai multă șansă de cîștig" (*Lumea nouă*, anul III, nr. 729, 19 decembrie 1896).

Tocmai teama de a ataca aspectele sociale fundamentale ale problemelor sanitare explică, după părerea lui Stînca, ineficacitatea măsurilor, aparent foarte corespunzătoare, pe care le adopta forul suprem al organizării ocrotirii sănătății de pe atunci, Direcția generală a serviciului sanitar. Stînca mărturisește, în mai multe rînduri, respectul său față de erudiția conducătorului acestei direcții, cît și convingerea că I. Felix este animat de cele mai bune intenții. Dar faptul că Serviciul sanitar se mărginea la alcătuirea de dispoziții și regulamente, fără să țină seama de posibilitățile materiale ale traducerii lor în viață, ignorînd mai cu seamă condițiile social-economice din satele și orașele noastre, condamnă măsurile adoptate în acest mod la un insucces deplin. „Mulți își închipuiesc — arată Stînca, într-un articol din 1894 — că dacă săteanul, de pildă, suferă de pelagră, apoi asta se datorește ignoranței țăranului, țăranul *nu știe* că întrebuințarea porumbului stricat e vătămătoare, că dacă săteanul ar ști că nu trebuie să mănînce decît mămăligă din făină bună sau pîine și carne, apoi ar mînca și nici nu s-ar vedea în țara noastră efectul trist al bolii pelagra. Tot așa se crede și în ce privește locuința de la țară... Plecînd de la aceste premize cu desăvîrșire false, cei din cîmpul serviciului sanitar superior... fac pe fiecare zi zeci de regulamente, prin care hotărăsc în unanimitate ca țăranul romîn să n-aibă voie să mănînce porumb stricat, să nu zidească decît case potrivite cu modelul trimis de minister ș.a.m.d." (*Lumea nouă*, anul I, nr. 13, 15 noiembrie 1894).

Ideea aceasta că, în general, legile și regulamentele sanitare nu pot găsi în societatea capitalistă condiții reale de aplicare, că reformele parțiale nu pot vindeca decît parțial și vremelnic relele, străbate toate lucrările în care Stînca demască neajunsurile organizării sanitare de la sfîrșitul secolului trecut.

Cu cîteva luni înainte de moarte, el a scris un ciclu de articole, în care a supus funcționarea serviciului sanitar unei analize pătrunzătoare și multilaterale. Apărute în patru numere consecutive ale „Lumii noi", ziarul partidului social-democrat, aceste articole prezintă o valoare deosebită pentru cunoașterea trecutului nostru medical.

Primul aspect dezbătut aici este cel al personalului încadrat în administrația sanitară. Stînca remarcă cu părere de rău că, de obicei, medicii salariați de stat sînt recrutați, chiar la orașe, din elementele cele mai slab pregătite, incapabile să-și asigure o clientelă corespunzătoare la cabinetul

de consultații sau să ocupe un post în vreun spital. Cu atît mai puțin vor pleca la țară medicii de valoare. De altfel, cu altă ocazie, Stîncă a caracterizat în felul următor mentalitatea celor mai mulți medici de plasă de atunci: „Doctorul care primește azi funcția de medic de plasă are totdeauna în minte una din socotelile următoare: „Fac doi ani de plasă pentru ca să mă pot prezenta la un concurs de medic comunal, de medic secundar la un spital, de medic primar la oraș etc." sau „mă îngrop la țară pentru 3—4 ani, ca să adun ceva parale pentru a mă putea stabili într-un oraș". Acestea fiind considerațiile medicului de plasă, serviciul sanitar propriu-zis îl interesează foarte puțin sau chiar de loc. Dînsul va căuta numai să stea în bune relații cu administrația, pentru ca să poată munci cît mai puțin, să poată aduna deci cît mai mulți bani, va căuta să intre în bunele grații ale persoanelor notabile din plasa sa sau chiar din județ, le va aduce lor și guvernului concurs la alegeri pentru a-și asigura trebuincioasele protecții și hatîruri de care în curînd va avea nevoie" (*Lumea nouă*, anul III, nr. 702, 21 noiembrie 1896).

Slaba pregătire a unor medici explică și ea faptul că mare parte din bolnavi recurgeau la babe doftoroaie, obișnuință foarte răspîndită în vremea aceea, atît la sat, cît și la oraș.

În cel de-al doilea articol al ciclului, Stîncă semnalează lipsurile organelor sanitare de conducere, cu totul subordonate intereselor polițienești. „La drept vorbind, notează el — serviciul sanitar este privit de administrația noastră ca o povară fără noimă și exemplul desconsiderării sănătății publice vine de sus, chiar de la guvern" (*Lumea nouă*, anul II, nr. 675, 23 octombrie 1896).

Lucrurile stau la fel de rău în ceea ce privește mijloacele materiale de care dispun organele sanitare, problemă discutată în articolul următor. În nici o împrejurare statul burghez nu se arăta atît de zgîrcit, ca atunci cînd era vorba de susținerea bănească a acțiunilor de ocrotire a sănătății. Bugetele sanitare erau reduse cu cea mai mare ușurință, căci, atrăgea atenția Stîncă, „statul modern are mai multă nevoie de cazărmi și închisori". El relatează un fapt caracteristic, care bănuim că reprezintă un episod din însăși experiența lui personală de medic de plasă: „Un medic al unei plăși dintr-un județ de munte, în urma unei revărsări de apă, a avut o adevărată epidemie de friguri palustre. Numai într-o lună, în august, a dat consultații pentru friguri la peste 1 300 de țărani. Chinina se isprăvise și la cererea sa i s-a răspuns că bugetul e epuizat! Atunci a cumpărat cu banii săi o jumătate kilogram de chinină și a dăruit-o județului pentru plasa lui. Comitetului permanent respectiv nu i-a venit la socoteală dărnicia medicului și, după ce a mulțumit, s-a văzut nevoit a mai vota oarecare sumă pentru doctorii" (*Lumea nouă*, anul II, nr. 676, 24 octombrie 1896).

În articolul concluziv, Stîncă arată pentru care motiv bilanțul activității serviciului sanitar nu poate fi decît negativ: „Cu un personal mediocru, cu o populație incultă și deci incapabilă să prisească foloasele igienei preventive și ale medicinei curative, cu o administrație neglijentă și cu o lipsă totală de mijloace materiale, nu se poate avea un serviciu sanitar bun și serios, chiar dacă în capul acestui serviciu se află un om cu admirabile calități, cu adîncă pricepere și cu vaste cunoștințe".

Dar cauza primordială a situației intolerabile din domeniul ocrotirii sănătății ținea tot de factorii social-economici: „Starea materială a claselor

noastre laborioase, fie din oraş, fie de prin sate, este atît de îngrijorătoare, încît e pur şi simplu o scîrboasă comedie să vorbeşti de igienă privată şi publică pentru provincie şi pentru comunele rurale. Acolo unde e mizerie materială, acolo îşi întind domnia neştiinţa, superstiţia, necurăţenia şi boala" (*Lumea nouă,* anul II, nr. 677, 25 octombrie 1896).

Faptul că Stîncă a zugrăvit cu atîta consecvenţă tabloul întunecos al condiţiilor igienico-sanitare detestabile în care se găseau oamenii muncii în regimul burghezo-moşieresc, că, atît în scrierile sale ştiinţifice, cît şi în producţiile cu caracter beletristic a insistat asupra beznei în care zăceau masele, nu înseamnă că el şi-ar fi pierdut măcar pentru o clipă nădejdea în instaurarea unei vieţi mai luminoase. Chiar în teza sa de doctorat, proclama, plin de încredere: „In mîinile noastre stă putinţa de a curma cu defectele inerente societăţii noastre".

Acestei cauze eliberatoare el i-a închinat toate forţele sale. Inseşi articolele amintite aci, după mărturia lui G. Dobrogeanu-Gherea, în prefaţa reeditării postume a „Mediului social ca factor patologic", Stîncă le-a scris în pat, chinuit de febră şi hărţuit de tuse, sub ameninţarea sfîrşitului iminent.

Pînă în ultima clipă el a păstrat totuşi acel optimism lucid, propriu doar omului conştient că existenţa sa se încadrează în sensul dezvoltării istorice.

O jumătate de secol a trebuit să se scurgă de la moartea lui Stîncă pînă s-a întruchipat visul său de a se întrona orînduirea care să asigure poporului muncitor, aşa cum nota în încheierea cărţii sale, „în loc de boală sănătate, în loc de moarte viaţă, în loc de degenerare regenerare".

Articol intrat în redacţie în mai 1956.

Despre relaţiile dintre Carol Davila şi Mihail Kogălniceanu

Dan Berindei

La 2 mai 1864, Principatele Unite cunosc înfăptuirea loviturii de stat, de care se leagă figura lui Mihail Kogălniceanu, bărbat politic dominînd în vremea aceasta orizontul politic al Romîniei. Se pare însă că primul ministru nu unea deplina modestie cu netăgăduitul talent. De aceea, cu înoetul, între Kogălniceanu şi Cuza Vodă apar semnele neînţelegerii. Perioada de criză durează din septembrie 1864 şi pînă în ianuarie 1865, cînd are loc retragerea ministrului. In toată această perioadă, Kogălniceanu, simţind neîncrederea domnului şi intrigile duşmanilor săi, are evidente

manifestări de iritare. Una dintre aceste manifestări loveşte pe doctorul Davila.

Ciocnirile dintre cei doi bărbaţi, deosebit de înzestraţi, deşi în domenii diferite, sînt explicabile. Kogălniceanu pretindea supunere, iar Davila nu voia să fie stînjenit în domeniul organizării sanitare, pe care se simţea deplin stăpîn. Situaţia creată primului ministru, după călătoria sa în Oltenia, şi bunele relaţii care-l legau pe Davila de familia domnească şi de N. Creţulescu, adversarul din guvern al „omului de la 2 mai 1864", accentuau atmosfera neprielnică unei înţelegeri. De altfel, se pare că originile conflictului au fost mai depărtate. Poate contribuise la aceasta şi opoziţia pe care o întîmpinase Kogălniceanu în anul 1860, cînd, în calitate de şef al guvernului moldovean, intenţionase să înfiinţeze o facultate de medicină la Iaşi — o dată cu crearea Universităţii. Cuza Vodă, la sugestia lui Davila, temător de soarta şcolii pe care o întemeiase el la Bucureşti, refuzase propunerea sfetnicului său moldovean [1].

În timpul vizitei lui Kogălniceanu peste Olt, din vara 1864, are loc o primă ciocnire, care pare a prevesti viitoarea desfăşurare a relaţiilor dintre primul ministru şi directorul general al serviciului sanitar. Inginerul Bonnet relatează lui Baligot de Beyne că Kogălniceanu reproşase lui Davila, la Slatina, starea în care se găsea spitalul din Piteşti, învinuiri pe care i le adusese şi în scris, ceva mai înainte. Acest martor aprecia că iritarea ministrului se datorase refuzului lui Davila de a-l însoţi în „escorta sa princiară" [2]. Peste cîteva săptămîni, după revenirea de la Craiova a lui Kogălniceanu, are loc un al doilea incident, cu prilejul înmînării premiilor la Azilul „Elena Doamna". Solemnitatea aceasta are loc la 6.IX.1864 [3]. Tot în aceeaşi lună, Davila scrie soţiei sale că „intrigile şi infamiile nu contenesc" şi că „în *Buciumul,* ziarul lui Boliac, sub influenţa lui Kogălniceanu, se afirmase că fetiţele de la Azil, nefiind pregătite, se aduseseră pentru examene copii de la alte şcoli" [4]. Zi de zi, tensiunea dintre Kogălniceanu şi Davila pare să crească. Bănuitor, primul ministru suspectează acţiunile doctorului Davila, iritîndu-l orice manifestare de autonomie a acestuia.

La începutul lunii octombrie 1864, criza dintre cei doi antagonişti ajunge la punctul culminant. Prilejul îl oferă o înţelegere dintre Davila şi Ministerul de Război, privind transformarea unei părţi din Spitalul „Colentina" în spital militar, înţelegere care are loc fără a se cere consimţămîntul ministrului de interne. Kogălniceanu adresează o admonestare scrisă lui Davila, învinuindu-l că luase hotărîrea „fără scirea şi aprobarea" sa. Supărat, ministrul exclamă : „Nu sciu, D-le Director, pe ce lege şi pe ce aţi putut a săvîrşi un aseminea act, pe care însuşi eu, şeful d-voastre, nu l-aş fi putut singur face". El mai adaugă : „aceasta nu este singura dată cînd vă însuşiţi drepturi ce trec peste competinţa d-voastră

---

[1] M. St. Butoianu şi I. Bălănescu, *Carol Davila, 1828—1884. Viaţa şi faptele sale,* Bucureşti, 1930, p. 19.

[2] Scrisoare din 21 august/2 septembrie 1864. A. D. Xenopol, *Domnia lui Cuza Vodă,* Iaşi, 1903, vol. II, p. 351—352.

[3] *Monitorul. Jurnal Oficial al Principatelor Unite Romîne,* nr. 193 din 29 aug./10 sept. 1964, p. 866. Vezi detalii în scrisoarea Anei Davila către Doamna Elena din 21 sept. 1864 (Elena Petricari Davila. *Din viaţa şi corespondenţa lui Carol Davila,* Bucureşti 1935, p. 134—135).

[4] Ibidem ; p. 134.

de funcționar atîrnat direct de ministerul meu și cu anume și mărginite atribuțiuni". În încheiere, îl cheamă pe Davila „la respectul îndatoririlor" și-i retrage delegația de a coresponda direct cu celelalte departamente [1]. În ziua următoare, Kogălniceanu anunță departamentele că retrăsese lui Davila dreptul de semnătură [2]. De altfel, în aceeași zi cu admonestarea șefului serviciului sanitar, Kogălniceanu trimisese o adresă generalului Manu, ministrul de Război, în care, criticînd fapta „subalternilor", se manifestase ca un hotărît partizan al spitalizării ostașilor [3]. Cu alte cuvinte, în mod indirect, ministrul se declara de acord cu Davila, criticîndu-i doar inițiativa ! [4].

Generalul Manu răspunde primului ministru la 15 octombrie, apreciind că „subalternii" săi nu săvîrșiseră vreo abatere și cerînd 200 de paturi [5]. Cererea îi va fi în bună măsură satisfăcută [6], realizîndu-se astfel însești planurile lui Davila. In schimb, această situație nu duce la o îmbunătățire a relațiilor dintre Carol Davila și Kogălniceanu. La 16 octombrie se dă decretul prin care se acordă autonomia Eforiei spitalelor civile, dar care folosește — în același timp —lui Kogălniceanu la înlocuirea „subalternului" său prin dr. Teofil Glück [7].

Davila a privit nedreptatea „de sus", nereacționînd [8]. El scria în aceste zile soției sale : „Trebuie să rămîn demn și simplu, căci de va fi să cad, distrus de aceste mizerabile intrigi, vreau cel puțin să cad cu demnitate". El îi mai arată că a rămas „surd" la „provocările" lui Kogălniceanu și că tot orașul se preocupă de „comedie", iar „medicii se agită și ei" [9]. Inlocuit de la Eforie, se pare că Davila n-a mai continuat să conducă nici Direcția serviciului sanitar. La 17 octombrie îl găsim semnînd în Moni-

[1] Anexa I.
[2] Anexa III.
[3] Anexa II.
[4] În timpul acesta, Carol Davila scria următoarele soției sale : „...Vina mea cea mare în momentul de față e că am primit soldați bolnavi în Spitalul „Colentina". Sînt suspendat din dreptul de a corespunde cu miniștrii și suspendarea este întemeiată pe această absurditate. Dl. Kogălniceanu pretinde că numai el are dreptul de a primi bolnavi în spitale și de a admite soldați. Zice că am violat nu știu ce lege, care nu există decît în imaginația sa. Ordine circulare privindu-mă au fost trimise la toți miniștrii și interdicția la minister. Iată-mă de rîsul tuturor. Am scris Principelui. Nici un răspuns, dar pe de altă parte, el a refuzat să semneze destituirea mea și separația serviciilor. Dl. Crețulescu este slab și nu prea îndrăznește să lupte în favoarea mea ; Manu se comportă admirabil, este plin de activitate și de bunăvoință sinceră și leală și m-a împiedicat pînă acum să-mi dau demisia, dar regret în fiecare zi această amînare... Se pare că marele om (Kogălniceanu, D. B.) este mai puternic decît oricînd și că totul trebuie să cedeze dinaintea voinței sale. Amin ! Toată furia lui vine de la Azil ; *Buciumul* continuă istoria copilelor înlocuite..." (Elena Petricari Davila. op. cit., p. 132).
[5] La Arh. St. Buc. Min. Int., Admin., nr. 1 265/1864, f. 321.
[6] La 22 octombrie, Ministerul de Interne cere Eforiei spitalelor civile să cedeze Spitalul „Colentina" Ministerului de Război (Ibid., f. 322). Peste opt zile, Eforia răspunde, relatînd „efectivul de paturi al spitalelor ei bucureștene : 200 la „Colțea", 175 la „Filantropia", 100 la „Colentina", 80 la „Pantelimon", 90 la Spitalul de copii și 45 la „Maternitate" ; în total 690 de paturi. Eforii, N. Crețulescu și dr. Glück, arată că deseori se refuzau bolnavii, nefiind destule locuri, dar propun totuși cedarea unor încăperi la „Colentina" (pentru 92 de paturi) și la „Filantropia" (80 de paturi) la dispoziția Ministerului de Război, „pînă la primăvara anului viitor", fără a se da „muniția" (Ibid., f. 361, 393). La 14 noiembrie, generalul Manu anunță pe Kogălniceanu că la „Colentina" se instalaseră 83 de ostași (Ibid. f. 375), iar, peste două zile, Eforia spitalelor comunică că Ministerul de Război preluase camerele de la „Filantropia" (Ibid. f. 394).
[7] *Monitorul*, nr. 232 din 17/29 oct. 1864, p. 1 087.
[8] G. P. Petrescu, *Viața și opera lui Carol Davila, 128—1884 (Cu ocaziunea centenarului nașterii sale)*, Buc., 1929, p. 20.
[9] Elena Petricari Davila, opt. cit., p. 130.

tor ultimul anunţ [1], căci cele următoare sînt iscălite de dr. Capşa sau de dr. Felix [2]. Ascensiunea efemeră a doctorului Glück continuă. La 11 noiembrie acesta este numit membru al consiliului medical în locul doctorului Felix [3]. La 21 decembrie, Glück este numit directorul serviciului sanitar şi inspector general al spitalelor civile, Davila fiind pus efor medic la Eforia spitalelor. Pentru Glück era un apogeu, dar pentru Davila era începutul redresării. Aceasta apăruse de altfel şi cu două zile mai înainte, cînd, la propunerea lui Creţulescu, el fusese numit organizatorul viitoarei şcoli medicale de la Iaşi, apreciindu-se „neobosita... stăruinţă", pe care o depusese în organizarea celei din Bucureşti.

Anul 1865 aduce căderea de la putere a lui Kogălniceanu şi deplina redresare a „adversarului" său. Nediminuînd întru nimic meritele marelui bărbat de stat — care reies de altfel şi din patrioticele rînduri pe care le adresează acesta Ministerului de Război la 9.X.1864 — conflictul dintre Kogălniceanu şi Davila este un prilej pentru aprecierea tăriei de caracter a talentatului doctor. In acelaşi timp, acest conflict ilustrează un interesant moment al biografiei lui Carol Davila.

Anexe

I. Mihail Kogălniceanu, ministru de Interne, către Carol Davila, directorul Serviciului sanitar, nr. 26 461 din 9.X.1864:

„Domnule Director,

M-am informat ieri că, fără scirea şi aprobarea mea, d-voastră numai prin o verbală înţelegere între d-voastră şi între şeful serviciului sanitar militar, spitalul civil de la „Colentina" l-aţi transformat în mare parte în spital militar [4].

Nu sciu, d-le Director, pe ce lege [5] şi pe ce autorizaţie d-voastră aţi putut a săvîrşi un aseminea act, pe care însuşi eu, şeful d-voastră nu l-aş fi putut singur face. Am luat seama, d-le Director că aceasta nu este singura dată cînd vă însuşiţi drepturi ce trec [6] peste competinţa d-voastră de funcţionar atîrnat direct de ministeriul meu şi cu anume şi mărginite atribuţiuni [7]. Şi dar, fiindcă d-voastră aţi remas surd la toate sfătuirile verbale, ce în mai multe cazuri v-am adresat, apoi, pentru cea mai de pe urmă dată vă chem la respectul îndatoririlor d-voastre [8] şi tot o dată prin aceasta vi se ridică delegaţiunea mea de mai corespunde cu alte ministere sub subscrierea d-voastră [9].

Primiţi, domnule Director, espresia încredinţării mele".

Ministru

(Arh. St. Buc., Min. Int., Admin., nr. 1 265/1 864, f. 289: versiunea primă scrisă în întregime de Kogălniceanu, f. 288; versiunea finală corectată de ministru).

---

[1] *Monitorul* nr. 235 din 21 oct./2 nov. 1864, p. 1 105.

[2] Ibid., nr. 236 din 22 oct./3 nov. 1864, p. 1 108; nr. 247 din 5/17 nov. 1864 p. 1 175; nr. 257 din 17/29 nov. 1864, p. 1 215; nr. 280 din 15/27 dec. 1864. p. 1 333.

[3] Ibid., nr. 255 din 14/26 nov. 1864, p. 1 205.

[4] Iniţial: „spitalul civil de la Colentina s-a transformat în mare parte în spital militar".

[5] Iniţial: „legi".

[6] Iniţial: „sunt".

[7] Aci urmează în prima versiune: „Sunt dar otărît a nu vă permite în viitor cea mai mică călcare din datoriile d-voastre".

[8] Acest cuvînt lipseşte în testul iniţial.

[9] Iniţial: „sub propria d-voastră subscriere".

II. Mihail Kogălniceanu, ministru de Interne, către Savel Manu, ministru de Război, nr. 26 512 din 9 oct. 1864 :

„Domnule Ministru,

M-am informat ieri că Spitalul civil „Colentina", care face parte din spitalele atîrnate de ministeriul meu, fără nici o formalitate, fără scirea şi încuviinţarea mea, s-a transformat pe jumătate în spital militar.

Aceasta s-a sevîrşit numai prin o înţelegere verbală între serviciul sanitar civil şi între serviciul sanitar militar. Domnia Voastră, Domnule Ministru, veţi înţelege ca şi mine, la cîte abusuri, la cîte conflicte, la cîtă responsabilitate, pentru noi miniştrii pot da loc [1] asemenea acte ilicite şi de nesubordinaţiune revenită (sic) de subalternii noştri.

Nimine mai mult [2] decît mine, ca ministru al lui Alecsandru Ioan şi ca romîn, nu iubesc armata, nimene mai mult nu-i doresce toată propăşirea şi toată înflorirea, nimene nu m-ar putea întrece în compătimirea ce păstrez pentru bolnavii soldaţi şi la caz de trebuinţă nu spitalele civile dependinte de ministeriul meu, dar propria mea locuinţă aşi fi gata a o pune la dispositiunea lor. Insă acest simţimînt nu mă poate face a uita datorinţele şi drepturile mele de ministru, nu mă face a permite unor subalterni ca să facă acte ce nici miniştrii însăşi nu le pot săvîrşi de la sine. Unul din aceste acte este acel ce ş-au permis serviciile [3] sanitare militar şi civil, fără scirea şi aprobaţiunea mea şi sunt sigur şi a d-voastre. Eu din parte-mi am făcut cuvenitele observaţiuni subalternilor mei ; vă rog dar, Domnule Ministru, ca şi d-voastre din parte-vă să faceţi cuvenitele mustrări subalternului [4] d-voastre şi a-l mărgini ca în viitor să intervie în afacerile atîrnate de ministeriul meu.

Viind acum la cestiunea soldaţilor bolnavi, ce nu intră în spitalele militare, vă rog, Domnule Ministru, să dispuneţi de mine în tot ce ar putea contribui pentru găsirea de încăperi îndeplinătoare acestei trebuinţe [5]. Comunicaţi-mi numerul bolnavilor ce în timp normal nu încap în spitalele atîrnate de ministeriul d-voastre şi cu îndeplinirea formelor legale eu [6] mă voi sili din spitalele civile ce nu sunt ocupate a vă putea îndemîna [7] încăperi permanente pentru trebuinţele d-voastră.

Primiţi, vă rog, Domnule Ministru, asigurarea osebitei mele consideraţiuni".

Ministru

(Arh. St. Buc. Min. Int., Admin., nr. 1 265/1864, f. 312, 333 : versiunea primă scrisă în întregime de Kogălniceanu ; f. 311 : versiunea finală corectată de ministru).

III. Mihail Kogălniceanu, ministru de interne, către Ministerele de Finanţe, Război, Externe şi Justiţie, nr. 26 548 din 10 oct. 1864 :

---

[1] Iniţial : „în faţa unor".
[2] „Mai mult" este adăugat în versiunea finală.
[3] Iniţial : „serviciul".
[4] Iniţial „subalternilor".
[5] „Aceste trebuinţe" s-a adăugat la versiunea finală.
[6] „Eu" s-a adăugat la versiunea finală.
[7] În versiunea iniţială după „îndemîna" urma cuvîntul „cu", şters în versiunea finală.

„Am onoare a vă încunoştiinţa că delegaţia ce dedesem d-lui Davila, directorul Serviciului sanitar, a ţine corespondinţe, în trebuinţe de serviciu, cu toate ministerele, subscriind «pentru ministru de Interne etc.», astăzi îi am ridicat-o şi prin urmare de acum înainte hîrtiele ce vi se vor adresa în numele ministerului, ce am onoarea a dirija, de nu vor fi subscrise de mine, nu le veţi considera ca acte oficiale".

(Arh. St. Buc., Min. Int., Admin, nr. 1 265/1864, f. 313).

Articol intrat în redacţie în mai 1956.

Date privitoare la prima carte romînească de medicină tipărită de un medic romîn

Dr. Samuil Izsak

Acum 135 de ani, în 1821, a apărut la Sibiu lucrarea doctorului Vasile Popp *„Despre apele minerale de la Bodoc, Arpătac şi Covasna şi despre întrebuinţarea acelora şi în deschilinite patimi"*, care a reprezentat un eveniment în dezvoltarea medicinei romîneşti. Această cărticică medico-balneară, modestă dar plină de miez, s-a bucurat de atenţia contemporanilor, ea satisfăcînd fără îndoială o necesitate practică, de mult simţită de cititorii romîni, nu numai din Ardeal, ci şi din Moldova şi Ţara Romînească. În istoria culturii din patria noastră şi în special în istoria dezvoltării medicinei romîneşti, apariţia cărţii doctorului V. Popp reprezintă o dată memorabilă, deoarece *ea este prima carte ştiinţifică medicală în limba romînă scrisă de un medic romîn.* Istoria medicinei din ţara noastră consideră, cu tot temeiul, cartea lui V. Popp ca *începutul literaturii medicale ştiinţifice naţionale.* Doctorul V. Popp era conştient de rolul său de deschizător de drumuri. În cărticica lui el însuşi scrie: „...am deschis calea la alţii a scrie şi mai bine şi mai pe larg...". Pentru ca cititorul de astăzi să aibă o măsură de comparaţie pentru a înţelege ceea ce a însemnat cartea lui V. Popp în dezvoltarea medicinei noastre naţionale, amintim că prima lucrare medicală scrisă de un medic romîn a fost *„Paraenesis"* (Sfătuire) a lui Ioan Molnár-Piuariu, apărută în limba latină la Cluj, în 1793, iar cea dintîi lucrare medicală de popularizare în limba romînă a fost „Învăţătură adevărată pre scurt a vindeca boala sfranţiului după experienţa şi ispitirile cele mai noi", tradusă din ungureşte după lucrarea medicilor Ioan Eckstein şi Andrei Szöts. Cartea doctorului Vasile Popp, datorită stăruinţelor sale, încununate cu succes, de a crea un limbaj medical romînesc, a pregătit terenul pentru tipărirea unor lucrări medicale romîneşti, care, după 1821, încep să apară într-un număr mai mare.

Cine a fost doctorul Vasile Popp, cel care a dăruit medicinei noastre cărticica „Despre apele minerale"? Doctorul Vasile Popp (1789—1842) s-a născut în comuna Chimitelnicul de Cîmpie, din fostul judeţ Turda. Învaţă la Cluj şi la Tîrgu-Mureş, continuîndu-şi studiile la Viena, ca student al Facultăţii de medicină, audiind concomitent şi cursurile de filozofie. În 1814 obţine doctoratul în filozofie, iar 3 ani mai tîrziu, cel în

medicină, cu teza „*Dissertatio inauguralis historico-medica de funeribus plebejis Daco-Romanorum sive hodiernorum Valachorum*", în care tînărul medic expune în mod ştiinţific obiceiurile poporului său la înmormîntări. Ea este, nu numai una dintre primele noastre lucrări ştiinţifice din domeniul folclorului, ci şi una din primele lucrări de acest gen din literatura mondială. Profesorul Ioan Muşlea — cel mai temeinic cercetător şi cunoscător al vieţii şi operei doctorului Vasile Popp — apreciază în felul următor teza lui de doctorat: „Valoarea ştiinţifică a disertaţiei lui Popp constă şi în faptul că obiceiurile romîneşti nu sînt numai înşirate unul după altul, — deşi chiar şi aceasta ar fi fost destul pentru epoca sa — ci ele sînt aproape toate comparate cu ale romanilor şi grecilor şi ale unor neamuri moderne, ca slavii, Popp dîndu-şi foarte bine seama de influenţa lor asupra noastră" [1].

Vasile Popp s-a stabilit la Braşov, unde a devenit medicul populaţiei romîneşti din cartierul Schei. În timpul şederii sale la Braşov a elaborat manuscrisul lucrării „Despre apele minerale", care a fost terminat la începutul anului 1820. Încă în acest an, la invitaţia mitropolitului Veniamin, care trimisese pe Asachi să caute profesori în Ardeal pentru Seminarul de la Socola, doctorul Popp pleacă la Iaşi. Acolo el a stat aproape un an, lucrînd în calitate de profesor de filologie şi filozofie, avînd în acelaşi timp şi funcţia de director al acestui institut de învăţămînt. În timpul petrecut dincolo de Carpaţi, V. Popp a făcut călătorii în Moldova şi în Muntenia, stabilind temeinice legături cu cercurile intelectualităţii romîneşti din Iaşi şi Bucureşti. Probabil din acest timp datează şi legăturile sale cu medicul bucureştean Ioan Serafim (Vreton) [2]. O dată cu izbucnirea mişcării eteriste (1821), doctorul Popp se întoarce la Braşov. În 1829 îl aflăm ca „physicus" al oraşului (sau al comitatului?) Făgăraş, unde însă n-a stat mult, deoarece Schematismul Transilvaniei, pe 1830, îl arată ca medic la Zlatna. Vasile Popp a murit la Zlatna, în anul 1842.

Doctorul Popp a avut şi preocupări bibliografice. La Braşov, dar mai cu seamă în timpul şederii sale în Moldova şi Muntenia, el a făcut temeinice cercetări în acest domeniu, reuşind să adune un bogat material cu privire la literatura romînească. Timp de douăzeci de ani a lucrat la valorificarea acestui material. La Zlatna a terminat opera sa bibliografică, care a apărut la Sibiu, în 1828, sub titlul „Disertaţia despre tipografiile romîneşti în Transilvania şi învecinatele ţări de la începutul lor pînă la vremile noastre". În ce priveşte însemnătatea şi valoarea ştiinţifică a acestei bibliografii, ne referim şi de data aceasta la aprecierile prof. I. Muşlea, care scrie că „ea este într-adevăr întîia noastră bibliografie. Importantă, nu numai din punct de vedere istoric, ea are şi o deosebită valoare ştiinţifică, prin informaţia — care cu mici şi aşa de explicabile excepţii — este exactă" [3].

---

[1] Ion Muşlea: Viaţa şi opera doctorului Vasile Popp (1789—1842). Extras din Anuarul Institutului de istorie naţională. Volumul V, Cluj, 1928, 157 pagini (pag. 123). Cf. şi cu teza de doctorat a lui Sextil Rusu: Cea dintîi lucrare medicală în limba romînească „Despre apele minerale" de Vasile Popp, Cluj, 1935.

[2] Într-o notă la subsolul paginii 14 a lucrării „Despre apele minerale", Popp mulţumeşte doctorului Serafim Vreton că i-a făcut accesibilă cartea lui I. L. Alibert „Nouveaux éléments de thérapeutique".

[3] I. Muşlea: op. cit. p. 114.

Pentru medicina romînească, cea mai importantă lucrare a lui Popp este „Despre apele minerale". Astăzi această cărticică se consideră ca una dintre cele mai rare tipărituri medicale romînești. Singurul exemplar complet, cunoscut în țara noastră, a fost acela din biblioteca fostului Liceu Honterus din Brașov. După cum sîntem informați, acest exemplar unic s-a pierdut în timpul ultimului război [1]. Nu este exclus ca unele exemplare din ea să se mai găsească în vreuna din bibliotecile din Budapesta sau Viena. Catedra de istoria medicinei din Cluj posedă o copie a ei.

Cu toate că într-o scurtă notă comemorativă nu putem să redăm toate problemele interesante pe care le ridică cartea lui Popp, vom încerca totuși să arătăm pe scurt, pe de o parte, titlurile capitolelor ei, din care vom putea să ne dăm seama ce anume chestiuni a considerat autorul că trebuie să le clarifice pentru cititorii săi, iar pe de altă parte, să scoatem în relief unele aspecte ale gîndirii sale științifice.

„Despre apele minerale" numără în total 40 de pagini. Ea începe cu o precuvîntare către cititori. Capitolul I este dedicat introducerii în tematica cărții, cu unele considerații istorice. Problemele medico-balneare sînt expuse în capitolele II—VII. Fiecare capitol are un titlu și mai multe subtitluri. Capitolul al II-lea poartă titlul: *Cum și în cîte chipuri lucrează apele minerale în trupul omului?* Subtitlurile sînt: a) Întrebuințarea și lucrarea băilor căldișoare; b) Întrebuințarea și lucrarea băilor calde; c) Întrebuințarea și lucrarea băilor fierbinți. Capitolul al III-lea poartă titlul: *Despre puterea tămăduitoare a apelor peste tot.* Capitolul al IV-lea: *Ce trebuie făcut înainte de a merge la băi și în ce vreme trebuie mers?* Capitolul al V-lea: *Apa Arpătacului.* Acest capitol are următoarele subtitluri: Statul fyzicesc acestii ape; Părțile apei; Puterea tămăduitoare acestii ape. Capitolul al VI-lea: *Apa de la Bodoc,* avînd subtitlurile identice cu acelea ale capitolului precedent. Capitolul al VII-lea: *Apa Covasnii,* cu subtitlurile ca mai înainte, avînd însă și un subtitlu nou cu privire la *Diethetica trupului și a inimii supt întrebuințarea apelor minerale.*

Concepția științifică progresistă care se desprinde din această cărticică a doctorului V. Popp ne impresionează și astăzi. Fără să intrăm în analiza ei amănunțită, merită să redăm cel puțin punctele caracteristice ale gîndirii sale medicale în problemele pe care și-a propus să le dezvolte în lucrare. Departe de a împărtăși vreo concepție neștiințifică cu privire la modul de acțiune a apelor minerale, doctorul Popp, în plină concordanță cu achizițiile științelor naturii și ale medicinei înaintate ale timpului, consideră hotărîtori pentru acțiunea apelor minerale doi factori: proprietățile fizice și chimice ale lor. „Apele minerale în două chipuri lucrează în trupul omului" — scrie Popp; „întîi ca fiește ce ape după temperatura sa; apoi deschilinit prin părțile ce cuprind în sine" (p. 4). Această concepție de bază este lărgită și aplicată consecvent în expunerea acțiunii medicale a apelor minerale din Arpătac (Vîlcele), Bodoc și Covasna, arătînd pentru fiecare, atît însușirile fizice, cît și cele chimice, cărora li se datorește acțiunea lor tămăduitoare. Popp atribuie experienței o însemnătate mare. El atrage atenția asupra rolului hotărîtor al experienței, atît în general, pentru medicină, cît și în special pentru cunoașterea efectului vindecător al apelor minerale. El accentuează însemnătatea decisivă a experienței în știință, în capitolul al III-lea al lucrării sale, în care tratează despre puterea

[1] Un exemplar incomplet se găsește în Biblioteca universitară din Cluj.

tămăduitoare a apelor minerale în general. Nu este lipsit de semnificaţie faptul că acest capitol are ca motto un citat al vestitului chimist Antoine François Fourcroy (1755—1809), participant la revoluţia franceză, referitor tocmai la rolul experienţei în balneologie (iată citatul: „L'expérience seule peut fournir des connaissances exactes sur les propriétés d'une eau minérale; elle seule peut faire connaître les bons effets qu'on a lieu d'en attendre dans telle ou telle maladie"). „Precum despre puterea tămăduitoare unui leac nimica alta nu ne poate mai bine învăţa decît speriinţele — scrie Popp — aşa şi puterea şi vîrtutea apelor minerale nimica alta nu ne-o poate face mai cunoscută decît speriinţa" (p. 12). Necesitatea accentuării experienţei în cunoaşterea acţiunii medicale a apelor minerale devine clară, dacă ne gîndim la obiceiul larg răspîndit pe timpul lui Popp (ca şi în deceniile următoare), de a se folosi de apele minerale în mod cu totul empiric, fără nici o indicaţie ştiinţifică din partea unui medic cunoscător al problemelor balneologice. Împotriva urmărilor grave ale unei asemenea nechibzuite folosiri a apelor minerale, doctorul Popp ia atitudine hotărîtă. „Fieşte cine, care vrea să întrebuinţeze apele minerale — scrie Popp — sau spre ţinerea sau recuperarea sănătăţii şi nu din modă precum fac mulţi, pentru care nu e scrisă această cărticică; pre unul ca acela îl sfătuiesc ca nici cum să nu le întrebuinţeze fără ştirea unui doctor priceput. Că nu numai nu se tămăduiesc toate bolile prin aceste ape, dar multe se fac şi mai grele şi altele tocmai şi vieţii pun sfîrşit. Pentru aceea trebuie întrebat doctorul, la care băi să mergi?" (p. 14).

Nici un alt capitol al acestei lucrări medicale romîneşti nu arată atît de convingător gîndirea ştiinţifică şi democratică a doctorului V. Popp, precum şi bunele intenţii de care el a fost animat în redactarea cărţii sale, ca precuvîntarea adresată cititorilor. Prin căldura, sinceritatea ei, prin ideile sale înaintate şi tonul ei nemijlocit, ea a păstrat pînă în zilele noastre toată prospeţimea şi frumuseţea ei. Dar să lăsăm să vorbească însuşi doctorul Popp:

„Cinstiţi cititori! Apele minerale sînt cele mai tari şi mai folositoare leacuri, dar şi mai primejdioase şi stricătoare, dacă nu se întrebuinţează precum se cuvine. Tămăduitoarea lor putere o adeverează mulţimea de patimi, care, nici ştiinţa doctoricească, nici spiţeria le putu tămădui. Dar nu cu mult e mai mic numărul patimilor, care uşoare fiind, prin întrebuinţarea acestora se făcură mai grele, altele tocmai nevindecătoare. Şi pentru ce? Pentru că nu le-au întrebuinţat precum se cade. Că de este vreun lucru în care se întîmplă rele întrebuinţări, cu adevărat apele minerale sînt cele dintîi. Mulţime de pătimaşi alerg la acestea fără a şti mai înainte puterea lor sau a-şi cunoaşte patimile sale. Care deşi sînt la întrebuinţarea altor leacuri atît de periegroşi, cît la luarea trei sau patru picături nevinovate de stomac, la o lingură de decoct slab, cele mai multe întrebări pun către doctori, totuşi la întrebuinţarea apelor minerale nimic, nici de puterea lor întreabă, nici altceva ispitesc. Merg încotro merg şi alţii, nu încotro trebuie să meargă. Şi dacă nu se folosesc, nu judecă neştiinţa sa şi întrebuinţarea cea rea, dar vinovăţeşte slăbiciunea apelor. Aceste mari şi periculoase greşeli m-a îndemnat a scrie această cărticică, care prescurt cuprinde în sine puterea acestor ape, patimile în care ajută sau strică şi cuviincioasa lor întrebuinţare. Scopul meu este binele comun, nu slava, nu cinstea a mă vedea şi eu învăţat. De vroiam vîna aceasta, scriam eu Alexandrii, Agathangele şi Infruntări asupra Jidovilor, cărţi

cu adevărat, întru acest veac luminat care mai mult întunecă decît luminează mintea. Şi totuşi se află mulţi care mai bucuros pierd nepreţuita vreme cu acestea, decît cu citirea istoriei naţiunii sale, cu o pedagogie sau viaţa unor bărbaţi vestiţi, din care se poate culege ceva spre folosul său şi al naţiei. Cinst. cit., primiţi această cărticică cu plăcere, ca să am îndemînare a scrie şi altele pentru folosul nostru, care poftă de voi dobîndi, mult mă voi bucura, iar de nu, mă va odihni cunoştinţa, că bine am voit şi că am deschis calea la alţii a scrie şi mai bine şi mai pe larg.

Scris-am în Braşov, 15 aprilie 1820. Al vostru, gata spre slujbă. Autorul".

In trecutul culturii noastre, doctorul Vasile Popp a fost un multilateral deschizător de drumuri noi. Ca autor medical, folclorist şi bibliograf, el a îmbogăţit tezaurul culturii naţionale cu opere originale de mare valoare. *Cărticica sa „Despre apele minerale" va rămîne în istoria medicinei romîneşti una din cele mai preţioase lucrări.* Pentru străduinţele sale înnoitoare, doctorul Vasile Popp a binemeritat recunoştinţa posterităţii. Astăzi, la 135 de ani de la apariţia primei cărţi romîneşti tipărite de un medic romîn, comemorăm viaţa şi opera lui Popp prin aceste rînduri închinate memoriei sale.

Catedra de istoria medicinei I.M.F.-Cluj

Articol intrat în redacţie în mai 1956.

Lista lucrărilor nou - apărute

ORGANIZARE SANITARĂ

T. ILEA, P. PRUTEANU — Elemente de organizare sanitară (Organizarea asistenței medicale curativo-profilactice în R.P.R. Organizarea spitalului unificat. Secția de boli interne). În : MEDICINA INTERNĂ, **sub redacția acad. N. Gh. Lupu,** vol. I, București, Editura medicală, 1956, p. 31—56.

A. DRUGAN, E. SORIN — Expertiza medicală a capacității de muncă În : MEDICINA INTERNĂ, **sub redacția acad. N. Gh. Lupu.** vol. I, București, Editura medicală, 1956, p. 479—493.

P. PRUTEANU — Dispensarizarea. București, Editura medicală, 1955. Centrul sanitar antiepidemic. Materiale de organizare și metodologice. **Sub redacția V. M. Jdanov și V. N. Riabov** (trad. din limba rusă). Partea a doua : Controlul sanitar preventiv și curent, București, Editura medicală, 1955.

I. I. ROZENFELD — Bazele și metodica planificării ocrotirii sănătății. Asistența curativo-profilactică a populației din orașe (trad. din limba rusă). București, Editura medicală, 1956.

STATISTICA MEDICO-SANITARĂ

P. MUREȘAN — Statistica medico-sanitară. București. Editura medicală, 1955.

M. MARCOVICI, V. PRODESCU, I. ȘARF — Analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă. București, Editura medicală, 1956.

*** — Teoria statisticii (trad. din limba rusă), București, Editura de stat, 1955.

ISTORIA MEDICINEI

*** — Contribuții la istoria medicinei în R.P.R. **Sub redacția prof. V. Bologa,** București, Editura medicală, 1955.

V. L. BOLOGA, S. IZSÁK, I. ORHA, L. WASSERMANN — Din trecutul medicinei noastre interne. În : MEDICINA INTERNĂ. **Sub redacția acad. N. Gh. Lupu,** vol. I, București, Editura medicală, 1956, p. 11—30.

S. IZSÁK — Dr. Iuliu Barasch, un mare popularizator al științelor naturii. București, Editura medicală, 1956.

PAULA ALBU — Emil Racoviță și concepția sa biologică, București, Editura agrosilvică de stat, 1956.

ELIZA ZAMFIRESCU — Viața și opera savantei Marie Curie, București, Editura tehnică, 1956.

D. VOINOV — Pagini alese. Cu un studiu introductiv de Crizantema Totoescu, București, Editura Academiei R.P.R., 1956.

CONGRESUL NAȚIONAL AL ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN REPUBLICA POPULARĂ ROMÎNĂ

Academia Republicii Populare Romîne, Ministerul Sănătății și Societatea științelor medicale organizează în București, la 25—30 noiembrie 1956, Congresul național al științelor medicale din Republica Populară Romînă.

Lucrările Congresului se vor desfășura în ședințe plenare și ședințe pe secții. Vor avea loc de asemenea ședințe consacrate discutării a diferite probleme științifice.

Programul lucrărilor va fi următorul:

ȘEDINȚA DE DESCHIDERE

Realizările științei medicale în Republica Populară Romînă
Raportor: prof. *Șt. S. Nicolau*, președintele Secției științelor medicale a Academiei R.P.R.

I. *Secția de fiziologie*

Președinte: *Gr. Gr. Benetato*, membru al Academiei R.P.R.

Mecanismul reglării funcțiilor viscerale prin sistemul nervos cetral

Raportori: prof. *Gr. Gr. Benetato*, membru al Academiei R.P.R.

și

prof. *O. Sager*, membru corespondent al Academiei R.P.R.

II. *Secția medicină generală și chirurgie*

Președinte: *N. Gh. Lupu*, membru al Academiei R.P.R.

Boala reumatismală

1. Etio-patogenia, diagnosticul și clasificarea bolii reumatismale

Raportor: prof. *N. Gh. Lupu* membru al Academiei R.P.R.

2. Raportul între glandele endocrine și diversele forme de reumatism

Raportor: prof. *C. I. Parhon*, președinte de onoare al Academiei R.P.R.

3. Particularitățile reumatismului la copii

Raportor: prof. *Ioan Nicolau*, membru corespondent al Academiei R.P.R.

4. Profilaxia și tratamentul medical complex al reumatismului

Raportor: prof. *A. Moga*, membru al Academiei R.P.R.

5. Tratamentul sechelelor cardiace ale reumatismului

Raportor: prof. *N. Hortolomei*, membru al Academiei R.P.R.

6. Tratamentul sechelelor reumatismale ale aparatului locomotor

Raportor: prof. *Al. Rădulescu*, membru al Academiei R.P.R.

III. *Secția de neurologie și endocrinologie*

Președinte : prof. *C. I. Parhon*, membru al Academiei R.P.R.

1. Contribuții la studiul clinic și experimental al epilepsiei

Raportor : prof. *A. Kreindler*, membru al Academiei R.P.R.

2. Problema epifizei (morfologie, fiziologie, fiziopatologie, clinică și terapeutică)

Raportor : prof. *Șt. M. Milcu*, membru al Academiei R.P.R.

IV. *Secția de inframicrobiologie, microbiologie și parazitologie*

Președinte : prof. *Șt. S. Nicolau*, membru al Academiei R.P.R.

1. Hepatitele inframicrobiene

Raportor : prof. *Șt. S. Nicolau* membru al Academiei R.P.R.

2. Eficacitatea și limitele metodelor actuale în noua orientare a luptei antimalarice. Scăderea endemicității malarice în Republica Populară Romînă, în raport cu metodele utilizate

Raportor : prof. *M. Ciucă*, membru al Academiei R.P.R.

3. Cercetări făcute în Republica Populară Romînă asupra leptospirozelor

Raportor : prof. *D. Combiescu*, membru al Academiei R.P.R.

Rapoartele vor fi urmate de ședințe și comunicări, discuții, vizite la institutele de specialitate și reuniuni între specialiști.

Sediul Congresului este : Academia Republicii Populare Romîne, București, Calea Victoriei nr. 125.

Adresa biroului Congresului este : Congresul Național al Științelor Medicale, București, Calea Victoriei, nr. 125, Republica Populară Romînă.

Könyvtár TULAJDONA

Intreprinderea Poligrafică nr. 2, Str. Brezoianu nr. 23, Bucureşti — c. 2404

E1142

KAT

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN R P R

Institutul de ... BUCUREȘTI
TAUSCH - ОБМЕН - ÇSERE
VYMENA - WYMIANA
TAUSCH - ОБМЕНА

4

OCTOMBRIE — DECEMBRIE 1956

EM

COLEGIUL DE REDACȚIE

Redactor responsabil: Prof. ILEA THEODOR
Secretar de redacție: Dr. PESCARU ALEXANDRU

Membri colegiului:

Dr. M. ANCUȘA (Timișoara), dr. V. BILIC, prof. V. BOLOGA (Cluj), dr. AL. CIUCĂ (Timișoara), dr. GH. CONSTANTINESCU, dr. V. COROIU, dr. V. DUMITRESCU, conf. GEZA GROSZ, conf. I. GHELERTER, prof. L. GROM, dr. Z. KARACSONI (Cluj), conf. KOLUMBAN MOISE (Tg. Mureș), dr. I. MATACHE, dr. MIRCEA MONA, dr. C. PIRLOG, dr. V. PRODESCU, conf. P. PRUTEANU (Iași), dr. S. RAPOȚESCU, dr. B. TIRNAVEANU, dr. D. UNGUREANU (Belcești, Reg. Iași), conf. GH. ZAHARIADE

EDITURA MEDICALĂ
Str. Aristide Briand, nr. 7
București.

E 1742

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII
IN R. P. R.

REVISTĂ A SOCIETĂȚII ȘTIINȚELOR MEDICALE

Redacția și administrația: Str. Aristide Briand nr. 7 — telefon: 3.61.06

Anul VI octombrie 4 decembrie 1956

SUMAR

Pag.

Aspecte ale stării de sănătate a populației din R.P.R. 291

PROBLEME DE ORGANIZARE SANITARĂ

Dr I. STOIA, dr. I. MATACHE, dr. R. NESTOR — Importanța socială a reumatismului și combaterea lui în R.P.R. 302

Dr. I. CALOENESCU — Unificarea Inspecției Sanitare de Stat și a Centrului Sanitar și antiepidemic la nivelul regiunilor 311

Dr. O. RAȚIU, dr. S. WEINTRAUB, dr. C. CONSTANTINESCU — Studiul urgențelor chirurgicale abdominale în staționarul spitalului „Bernat Andrei" din Capitală 317

PROBLEME DE STATISTICĂ MEDICO-SANITARĂ

Dr. V. COROI, dr I. STRUHL, dr. M. WENDER, dr. M. DUCA, dr. I. HAN — Studiul morbidității la copii în circumscripția urbană. 333

Dr. HUSZAR TOMA — Cîteva probleme ale analizei morbidității cu incapacitate temporară de muncă 345

Dr. LIVIU LEBAS, HOLMIK MARGARETA — Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă într-un sector sanitar. 351

PROBLEME DIN ISTORIA MEDICINEI ȘI OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

Dr. G. BRĂTESCU — Despre asistența oferită de dispensarele asigurărilor sociale între cele două războaie mondiale. 357

Conf. P PRUTEANU — Cercetări cu privire la personalul medical al Spitalului central din Iași de la fondarea lui pînă la Regulamentul organic. . 361

*Aspecte ale stării de sănătate a populației din R.P.R.**

Studiul concret al stării de sănătate poate fi efectuat cu ajutorul statisticii medico-sanitare, care are ca obiect cunoașterea structurii și dinamicii sănătății populației. Pe baza acestei cunoașteri se poate constata și determina orientarea ocrotirii sănătății și eficiența activității instituțiilor și cadrelor medico-sanitare.

Starea de sănătate a populației se apreciază prin indicii demografici, de morbiditate și de dezvoltare fizică a populației. Aceste date trebuie strîns corelate cu indicii de eficiență ai activității medico-sanitare.

Pentru un studiu complet ar fi necesară o analiză mai amănunțită a acestor indici, ceea ce în prezent, datorită neprelucrării datelor recensămîntului din 1956, nu se poate face în mod corespunzător. Totuși analiza datelor existente dezvăluie o multitudine de aspecte ale stării de sănătate, care pot fi utile organizatorilor de sănătate în vederea îmbunătățirii continue a activității medico-sanitare.

În cele ce urmează prezentăm aspectele mai importante privind natalitatea, mortalitatea generală, mortalitatea infantilă și morbiditatea.

I. Natalitatea

Natalitatea este un fenomen important din punct de vedere politico-economic și sanitar, care influențează indirect morbiditatea și mortalitatea, determinînd structura populației pe grupe de vîrstă.

În evoluția natalității din țara noastră pe ultimele decenii se pot desprinde trei perioade mai importante, și anume:

— o scădere continuă și accentuată înainte și în perioada ultimului război mondial pînă în 1945;

— o redresare imediat după război (1946—1948), fără ca nivelul ei să atingă indicele din 1938;

— o a treia perioadă, în care natalitatea, cu unele oscilații, se menține în jurul indicelui de 24—26‰ (grafic nr. 1).

Evoluția din prima perioadă — perioadă de scădere continuă și rapidă — poate fi constatată în aproape toate țările din Europa.

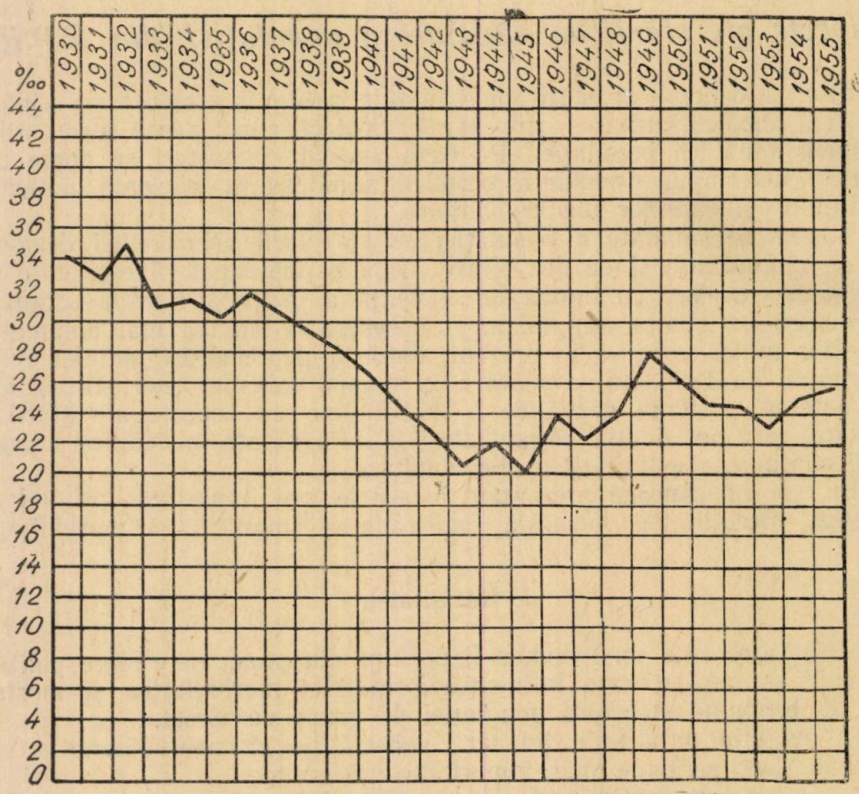
O dată cu terminarea celui de-al doilea război mondial se remarcă o creștere a nivelului natalității în aproape toate țările, pentru ca, după o perioadă destul de scurtă, să prezinte o nouă tendință de descreștere și stabilizare la un nivel scăzut. La noi în țară, redresarea a început ime-

* Date prezentate în ședința de Colegiu lărgit al Ministerului Sănătății din iunie 1956.

diat după 1945, fără ca totuşi creşterea din această perioadă (27,6‰ în 1949) să atingă nivelul antebelic.

Printre ţările de democraţie populară, Bulgaria prezintă o situaţie mai bună a evoluţiei natalităţii decît ţara noastră, deşi indicele este cam acelaşi (25,3‰ în 1952), fiind totuşi în creştere faţă de indicele din 1938 (22,8‰).

În Cehoslovacia, natalitatea în 1955 a fost de 20,2‰. Acest indice, deşi mai scăzut decît la noi, este mult superior nivelului atins în perioada antebelică (16,7‰ în 1938).



Grafic 1. — Natalitatea la 1 000 locuitori. 1930—1955

În Polonia, indicele natalităţii din 1954 (29,1‰) depăşeşte cu mult natalitatea din anii antebelici (24,3‰ în 1938).

În Ungaria, natalitatea a crescut de la 19,9‰ în 1938 la 21,5‰ în 1955.

În Iugoslavia, nivelul natalităţii (27,3‰ în 1955) depăşeşte cu puţin nivelul antebelic (26,7‰ în 1938).

Deci, în toate aceste ţări, nivelul postbelic al natalităţii a atins sau chiar a depăşit nivelul din 1938.

În ţara noastră, natalitatea este mult inferioară nivelului dinainte de război, fiind în 1955 de 25,4‰, ceea ce reprezintă, faţă de 1938, o scădere de 13,9%.

Scăderea natalităţii a avut o serioasă influenţă negativă asupra re-

partiției populației pe grupe de vîrstă, ducînd la scăderea absolută și relativă a populației tinere (0—14 ani).

Procentul scăzut de locuitori în vîrstă de 0—14 ani în 1955 este determinat și de creșterea duratei medii de viață, dar mai ales de scăderea natalității.

În redresarea natalității, măsurile de ordin sanitar pot juca un rol important. Astfel, în urma dezvoltării în cadrul primului nostru plan cincinal a unităților sanitare, a cadrelor medicale și medii, indicele de accesibilitate a femeilor la asistența medicală a crescut.

Față de nivelul actual al natalității, se constată că asigurarea cu paturi la orașe ar fi suficientă pentru a cuprinde toate nașterile din orașele noastre. Totuși, în 1955, peste 69,0% din nașteri au provenit din afara teritoriului orașului deservit, demonstrînd insuficiența rețelei din mediul rural. Indicele de asigurare cu paturi de obstetrică, chiar dacă pare satisfăcător global pe țară, prezintă pe regiuni și raioane variații mari, existînd regiuni, ca: Galați, Constanța, Bacău, care au un număr insuficient de paturi, chiar și pentru a asigura populația urbană.

În 1955, depistarea precoce a gravidelor a fost de cca. 75,0% în primele 5 luni ale graviditățiî la orașe și de cca. 70,0% la sate. În această privință, regiunile: Iași, Bacău, Baia Mare, Arad, Pitești, Galați, Timișoara și Autonomă Maghiară prezintă indici superiori mediei pe țară, iar regiunea Constanța și fosta regiune Bîrlad prezintă indicii cei mai scăzuți.

În ceea ce privește asistența calificată la naștere, aceasta este asigurată aproape 100% la orașe și cca. 80,0% în mediul rural. În 1938, în mediul rural, nașterile erau asistate doar într-o proporție de 43,3%.

Depistarea precoce a gravidelor și îmbunătățirea asistenței la naștere au dus la scăderea rapidă a mortalității materne. Față de 4,5‰ decese prin boli puerperale în 1938, în 1955 a scăzut la 0,8‰.

Indicele de cazuri de febră puerperală la o mie de născuți vii a scăzut în ultimii 3 ani cu cca. 62,5%, fiind de 1,2‰ născuți vii în 1955.

Tot ca urmare a depistării precoce și dispensarizării gravidelor a scăzut și indicele de mortinatalitate, acesta fiind de 1,8% în 1955, față de 2,5% în 1938. Cu toată această scădere, în fiecare an se înregistrează peste 8 000 născuți morți, ceea ce impune încă eforturi susținute în depistarea cît mai precoce a gravidelor și dispensarizarea lor.

II. Mortalitatea generală

În evoluția mortalității generale din țara noastră se pot stabili două perioade. O primă perioadă, de menținere a mortalității generale la un nivel constant ridicat între 1930 și 1947, cu o medie de 19—20‰, și o a doua perioadă, începînd cu anul 1948, caracterizată printr-o scădere continuă și accentuată, ajungînd în 1955 la 9,6‰, deci la jumătate față de 1938 (vezi graficul nr. 2). Aceasta înseamnă că în 1955 au murit cu 131 910 locuitori mai puțin decît în 1938.

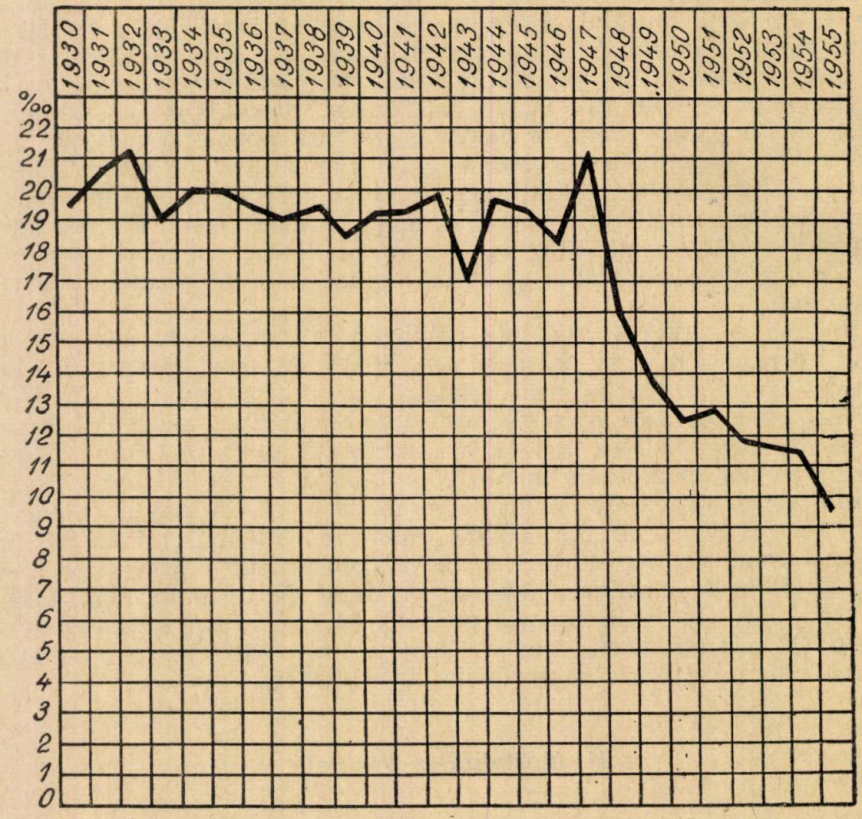
Ținînd seama de limita inferioară atinsă în Europa, considerăm că indicele de 9,6‰ este bun.

Ținem să precizăm, însă, că în aprecirea comparativă dintre țări trebuie să se țină seama și de structura pe grupe de vîrstă a populației

respective, căci altfel comparaţia mortalităţii generale între ţări cu structură diferită pe grupe de vîrstă a populaţiei nu este justă.

Privită pe regiuni, mortalitatea cea mai ridicată a fost înregistrată în fosta regiune Arad (12,8‰) şi regiunea Timişoara (12,0‰), faţă de regiunile Ploeşti (8,3‰), Suceava (8,9‰), Bacău (9,1‰) şi fosta regiune Bîrlad (9,9‰) etc.

Mortalitatea corectată, adică mortalitatea care ţine seama de structura populaţiei pe grupe de vîrstă, ne-ar arăta că, de fapt, situaţia reală este inversă, adică în regiunile Timişoara sau Arad, mortalitatea corectată este mai scăzută, dar din cauza natalităţii foarte scăzute timp de decenii în aceste regiuni, s-a ajuns la o scădere simţitoare a contin-



Grafic 2. — Mortalitatea generală. 1930—1955

gentelor tinere de populaţie şi deci la predominarea în mare măsură a grupelor adulte şi bătrîne, dînd astfel o mortalitate generală mai mare decît în celelalte regiuni.

Cu privire la mortalitatea generală pe medii, indicele este mult mai crescut în mediul rural. Astfel, în 1955, mortalitatea generală la sate a fost de 11,0‰ faţă de 6,7‰ în mediul urban (calculat la populaţia de la recensămîntul din 1956).

Transformările economico-sociale şi culturale din ţara noastră, lărgirea accesibilităţii asistenţei medicale, precum şi progresele obţinute în

domeniul profilaxiei şi al terapeuticii au dus la scăderea mortalităţii generale mai ales la grupele tinere de vîrstă.

În trecut, grupele tinere constituiau ponderea cea mai mare din totalul mortalităţii. Decesele sub 15 ani reprezentau mai mult de jumătate din totalul deceselor din 1932. Din decesele sub 15 ani, majoritatea, adică cca. 90%, erau decese la grupa 0—4 ani, iar sub 1 an peste 30%.

Din aceste date rezultă că scăderea cea mai importantă a avut loc la grupele de vîrstă peste 1 an.

O importanţă mult mai mare decît studiul letalităţii pe grupe de vîrstă o prezintă studiul mortalităţii pe grupe de vîrstă, adică decesele pe o grupă de vîrstă, raportate la populaţia din această grupă de vîrstă. Din lipsă de date, ne vom referi doar la mortalitatea sub 15 ani. În această privinţă se constată o scădere foarte importantă. Astfel, dacă în 1931 mureau cca. 30,5‰ dintre copiii pînă la 15 ani, în 1954 mortalitatea s-a redus la cca. 11,6‰. Această scădere de aproape 3 ori reprezintă un deosebit succes în combaterea mortalităţii populaţiei.

Analiza cauzelor de deces constituie un capitol principal în studiul mortalităţii. Schimbările în structura cauzelor de deces, survenite în ultimele decenii, scot în evidenţă succesele remarcabile în lupta de prevenire şi combatere a cîtorva grupe de boli, care în trecut au determinat un mare număr de decese.

Scăderea importantă a natalităţii şi a mortalităţii (în special la anumite grupe de vîrstă) ca şi prelungirea duratei medii de viaţă, au influenţat şi ele schimbarea structurii mortalităţii pe cauze.

În 1955, cele mai frecvente cauze de deces au fost: bolile aparatului cardio-vascular, bolile aparatului respirator, tumorile, bolile aparatului digestiv, tuberculoza etc.

A. În ultimii 23 de ani se constată o creştere cu 65,3% a mortalităţii datorite bolilor cardio-vasculare, în anul 1955 fiind de 246,5‰₀₀₀ locuitori.

La baza acestei mortalităţi se află un număr mare de îmbolnăviri, înregistrîndu-se anual cca. 250 000 cazuri noi de boală. Din acest număr de cazuri, cca. 36,0% sînt date de boala hipertensivă, morbiditatea prin această boală fiind în continuă creştere. Endocardita, deşi în scădere faţă de anii anteriori, dă totuşi o morbiditate ridicată (10 800 cazuri în 1955, fără reţeaua de pediatrie, unde codul mortalităţii nu indică separat această cauză).

B. O altă cauză importantă de deces o formează bolile aparatului respirator (fără tuberculoză şi tumori), care în 1955 au dat o mortalitate de 3 ori mai mică faţă de trecut, fiind de 124,2‰₀₀₀ locuitori.

Din decesele prin boli ale aparatului respirator, 76,0% se datoresc pneumoniilor şi bronhopneumoniilor, care afectează în primul rînd copiii sub 1 an şi 1—4 ani, aceste grupe constituind 70,5% din decese.

Mortalitatea crescută din unele regiuni nu are totdeauna aceeaşi semnificaţie. Astfel, de exemplu, între mortalitatea ridicată din fosta regiune Bîrlad şi cea din regiunea Arad există o deosebire fundamentală: în timp ce în fosta regiune Arad, 60,8% din aceste decese s-au produs la persoane de peste 55 ani, în fosta regiune Bîrlad, 60,5% din decese au survenit la copiii sub 1 an şi aproape 80,0% din totalul lor, la copii sub 10 ani.

C. O altă cauză importantă de deces o constituie tumorile, care în

1955 au dat un indice de mortalitate de 68,8‰ locuitori, depăşind astfel mortalitatea prin tuberculoză. Mortalitatea prin tumori este într-o continuă creştere în ultimele decenii, ajungînd ca de la a 7-a cauză de deces în 1932, să devină a 3-a cauză de deces în anul 1955. În cifre absolute, faţă de 6 466 decese prin tumori în 1932, în 1955 s-au înregistrat 11 996 decese.

Se constată că, în general, decesele prin tumori maligne cresc neîncetat în toate ţările.

D. Un factor important care a contribuit la coborîrea nivelului mortalităţii generale îl constituie scăderea deceselor prin tuberculoză. Faţă de 26 930 decese în 1932 (184,1‰ locuitori), în 1955 s-au produs 7 804 decese (44,7‰ locuitori), realizîndu-se astfel o scădere de 71,0%.

În ultimii ani, indicele mortalităţii prin tuberculoză, privit pe medii, apare mai crescut la sate decît la oraşe. Spre deosebire de această situaţie, în trecut, mortalitatea era, dimpotrivă, mult mai mare în mediul urban, unde, de altfel, este şi o mai mare morbiditate.

Inversarea incidenţei frecvenţei deceselor la oraşe şi sate, cu toată menţinerea morbidităţii la un nivel superior la oraşe, arată că populaţia rurală are o accesibilitate dificilă la tratamentul precoce specific.

Din totalul de decese prin tuberculoză, cca. 72,0% s-au produs la domiciliu şi numai 28,0% în spitale sau sanatorii.

Morbiditatea prin tuberculoză, mult scăzută în unele regiuni cu mortalitate crescută, se datoreşte parţial unei insuficiente acţiuni de depistare a cazurilor.

E. O altă cauză importantă de deces o constituie mortalitatea prin bolile aparatului digestiv, care este totuşi în continuă scădere faţă de trecut. Astfel, faţă de 1932, în 1955, s-a înregistrat o mortalitate de peste 5 ori mai scăzută, fiind de 51,1‰ locuitori.

Scăderea letalităţii a fost mai accentuată la grupele tinere de vîrstă, mai ales la copiii între 0 şi 4 ani, rămînînd totuşi mai mare la aceste grupe.

F. Mortalitatea prin boli infecţioase (fără tuberculoză) este într-o scădere continuă faţă de anii precedenţi, ajungînd în 1955 la o scădere de peste 80,0%.

Cele mai multe decese prin boli transmisibile se datoresc gripei, care afectează mai ales grupa de vîrstă sub 1 an şi grupele vîrstnice de peste 55 de ani. Alte cauze mai importante de deces le constituie: tetanosul, mai ales la copiii sub 1 an, tusea convulsivă, hepatita epidemică şi rujeola.

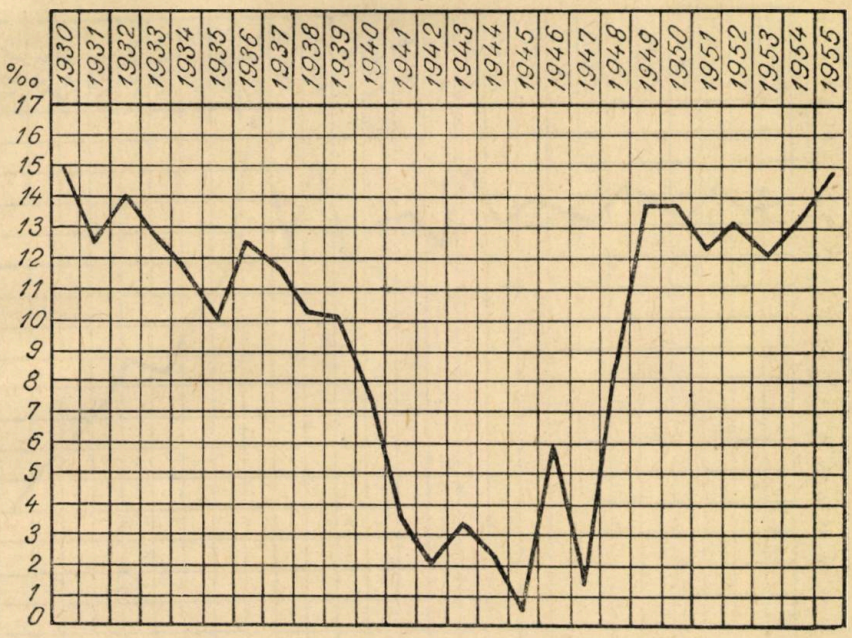
Bolile aparatului circulator, bolile aparatului respirator, tumorile, bolile aparatului digestiv, tuberculoza şi bolile infecţioase constituie primele şase cauze de deces importante la noi în ţară. Dintre acestea, bolile aparatului circulator şi tumorile sînt cauzele care prezintă o creştere an de an, celelalte cauze fiind într-o scădere accentuată.

Structura mortalităţii pe cauze diferă de la o grupă de vîrstă la alta, fiecare grupă avînd specificul său.

Cunoaşterea distribuţiei deceselor pe cauze în cadrul fiecărei grupe de vîrstă prezintă un interes practic deosebit, prin aceea că permite o dirijare mult mai eficientă a acţiunii de combatere a mortalităţii.

III. Excedentul natural

În urma scăderii mortalității și a creșterii în acest an a natalității, excedentul natural a atins un nivel ridicat, de 15,8‰, nemaicunoscut în trecutul țării noastre. Față de anii dinaintea războiului, cînd nivelul ridicat al excedentului natural se datora natalității crescute, a urmat



Grafic 3. — Excedentul natural. 1930—1955

o perioadă de scădere rapidă a excedentului, care a ajuns în 1945 la 0,6‰ (vezi graficul nr. 3). În prezent, nivelul mult mai ridicat față de trecut se datorește, în primul rînd, scăderii importante a mortalității generale și infantile, deoarece natalitatea este mai scăzută decît în trecut.

IV. Mortalitatea infantilă

Mortalitatea infantilă este unul dintre cei mai importanți indicatori ai stării de sănătate a populației infantile.

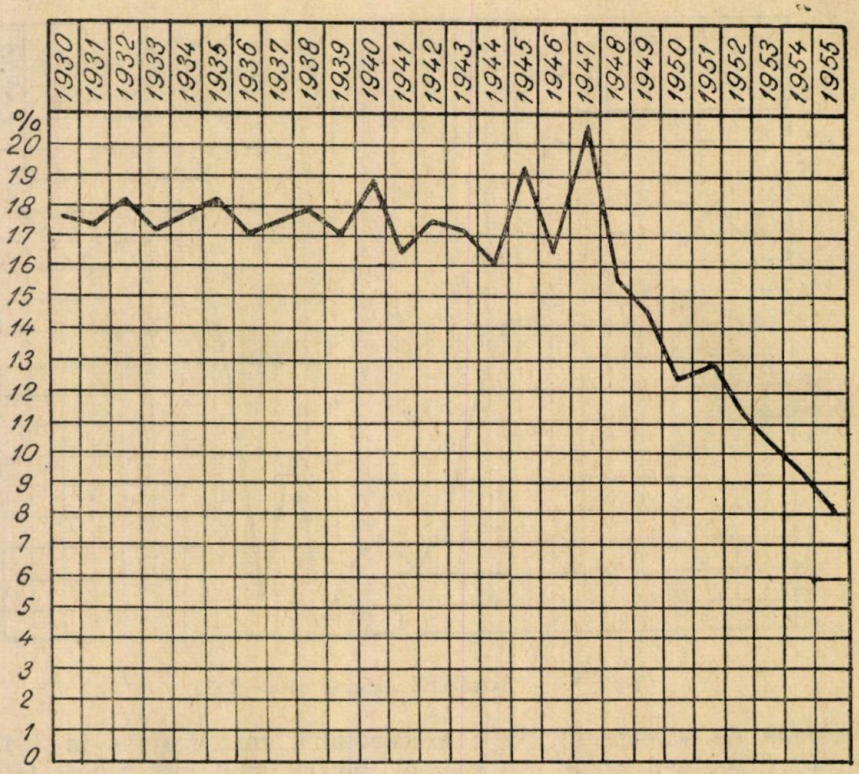
Este cunoscut faptul că mortalitatea la copiii sub 1 an era în trecut foarte mare în țara noastră, variind timp de decenii între 17 și 19% și fiind cea mai ridicată din Europa. Decesele sub un an au reprezentat multă vreme peste 30,0% din total, înregistrîndu-se anual peste 80 000 de decese.

Începînd din 1948, indicele mortalității infantile prezintă o continuă scădere, ajungînd în 1955 la 7,8%, ceea ce reprezintă, față de 1938, o scădere de 56,4% (vezi graficul nr. 4).

În același timp, proporția de decese sub un an, față de totalul deceselor a scăzut de la 30,0% în 1932, la 20,0% în 1955.

Cu toată această scădere, care constituie un remarcabil succes în ocrotirea sănătății populației, ținînd seama mai ales de nivelul de la care am plecat, mortalitatea infantilă este totuși crescută în comparație cu cea din alte țări.

Față de media de 7,8% pe țară în 1955, sînt regiuni în care indicele mortalității infantile este mult crescut și se menține ridicat de ani



Grafic 4. — Mortalitatea infantilă la 100 născuți vii. 1930—1955

de zile (regiunea Constanța, fosta regiune Bîrlad, regiunile Baia Mare și Oradea).

Diferențele mari care există între accesibilitatea copiilor la asistența medicală de la orașe și cea de la sate se reflectă și în valorile indicelui mortalității infantile pe medii. Într-adevăr, față de mediul urban, mortalitatea infantilă de la sate este cu 36,1% mai mare. În unele regiuni, diferența este și mai ridicată (80%), variind de la 4,5% la orașe, la 8,1% la sate.

Nivelul mortalității infantile atins la noi în țară poate să scadă și mai mult, atît prin intervenția unor factori economici, cît și prin îmbunătățirea activității medico-sanitare.

Astfel, la orașe, în 1955, cca. 30,0% din decesele sub 1 an au avut loc la domiciliu, în unele regiuni proporția fiind și mai mare. Chiar în orașul București, un sfert din decesele sub 1 an au avut loc la domiciliu.

Depistarea şi internarea precoce a copiilor nu a atins încă un nivel satisfăcător, atît la oraşe, cît mai ales la sate.

Cercetînd evoluţia pe anotimpuri a mortalităţii infantile, se desprinde net succesul pe care l-a avut reţeaua medico-sanitară în combaterea tulburărilor acute de nutriţie şi digestie specifice sezonului cald, spre deosebire de situaţia din timpul sezonului rece, în care mortalitatea infantilă depăşeşte uneori cu mult media anuală. Depistarea şi internarea copiilor cu bronhopneumonie este deficitară, mai ales în mediul rural, unde mortalitatea infantilă în lunile de iarnă este foarte ridicată.

V. Morbiditatea

O dată cu scăderea importantă a mortalităţii generale, morbiditatea a devenit un indicator din ce în ce mai însemnat pentru aprecierea stării de sănătate a populaţiei.

În cadrul acestui capitol se disting: morbiditatea generală, morbiditatea prin boli cu extindere în masă, morbiditatea prin boli transmisibile şi morbiditatea cu pierderea temporară a capacităţii de muncă.

A. Faţă de anul 1952, an în care s-a început înregistrarea, se observă o tendinţă de scădere a morbidităţii, în afară de reţeaua de pediatrie. Scăderea numărului de cazuri noi nu se datoreşte unui mai mic număr de îmbolnăviri, ci faptului că în primii doi ani au fost înregistraţi ca bolnavi noi un mare număr de bolnavi cronici neînregistraţi pînă atunci.

a) Din datele pe care le avem la dispoziţie rezultă că cele mai frecvente cauze de îmbolnăvire în reţeaua de adulţi, la oraşe, sînt:

1. bolile de dinţi şi ale cavităţii bucale 17,4%;
2. bolile oto-rino-laringologice 11,5%;
3. bolile aparatului digestiv 11,2%;
4. bolile de ochi 9,6%;
5. bolile reumatismale 7,9%;
6. bolile aparatului respirator 6,0%.

b) În reţeaua de femei (urbană), cea mai frecventă cauză de îmbolnăvire o constituie afecţiunile metro-anexiale, care singure reprezintă peste o treime din totalul cazurilor înregistrate în această reţea, depistîndu-se, în 1955, peste 43 000 cazuri noi.

c) În reţeaua de pediatrie (urbană), numărul de îmbolnăviri este în creştere, atît faţă de 1954, cît şi faţă de 1953, marcînd astfel o evoluţie deosebită de morbiditatea din celelalte reţele. Faţă de 1954 se observă o creştere a numărului de boli ale aparatului respirator şi boli oto-rino-laringologice, acestea fiind de fapt şi primele două cauze de îmbolnăvire.

Dintre bolile oto-rino-laringologice 20,3% sînt reprezentate prin otomastoidite.

Morbiditatea din mediul rural nu poate fi analizată datorită deficienţelor privind diagnosticul şi înregistrarea îmbolnăvirilor care nu ne permit să tragem concluzii certe.

B. În cadrul morbidităţii bolile cu extindere în masă reprezintă o problemă de o deosebită importanţă. Faţă de un mare număr de bolnavi de malarie, sifilis, guşă, pelagră în trecut, datorită măsurilor luate în

ultimii 8 ani, se constată o scădere simţitoare a morbidităţii prin aceste boli.

a) Morbiditatea prin malarie, care în trecut reprezenta valori foarte ridicate, a înregistrat o impresionantă scădere de 99,9% faţă de anul 1948 (de la 210 000 cazuri, la 290 cazuri în 1955).

b) O boală a cărei extindere nu este suficient de bine cunoscută, este pelagra. Numărul de îmbolnăviri este în scădere faţă de 1948, an în care marele număr de bolnavi s-a datorat desigur, în cea mai mare parte, secetei şi foametei din 1947.

c) Guşa endemică constituie de asemenea o boală foarte răspîndită, mai ales în unele raioane deluroase sau muntoase.

Nu este totuşi asigurată distribuţia sării iodate şi nici tratamentul profilactic nu este suficient de bine organizat.

d) O altă boală cu extindere în masă, care reprezintă un aspect deosebit de important prin contagiozitatea şi urmările sale, este sifilisul.

Începînd din 1948, de cînd posedăm date mai sigure relativ la evoluţia acestei boli, deosebim o perioadă de creştere pînă în 1950, cînd s-a înregistrat cea mai ridicată morbiditate din această perioadă (841,1‰ locuitori), şi o perioadă de scădere treptată, ajungînd în 1955 la 115,5‰ locuitori.

În general, în ceea ce priveşte sifilisul putem aprecia că nu există încă un control eficace al înregistrării, urmăririi şi efectuării tratamentului la aceşti bolnavi, deoarece dispensarele dermato-veneriene raionale şi orăşeneşti n-au reuşit să coordoneze suficient şi să îndrumeze efectiv întreaga activitate antiveneriană pe teritoriul raionului sau oraşului respectiv. Pe lîngă acest fapt mai sînt încă o serie de raioane care nu au încă dispensare antiveneriene.

C. Bolile transmisibile, prin caracterul lor epidemic, constituie o problemă serioasă pentru sănătatea publică.

În unele boli infecţioase, paralel cu scăderea accentuată a morbidităţii, a avut loc şi o scădere importantă a mortalităţii.

Astfel, pe lîngă lichidarea febrei recurente, amintim scăderea şi a altor boli, ca tifosul exantematic cu 98,0%, febra tifoidă cu 62,5%, difteria cu 44,0% faţă de anul 1938.

În schimb, bolile aerogene sînt sau în creştere, sau se menţin la un nivel ridicat, cu o morbiditate aproape neinfluenţată.

a) Morbiditatea prin febră tifoidă prezintă o importantă scădere de cca. 65,9% faţă de anul 1948.

b) Creşterea morbidităţii prin dizenterie, observată în ultimii ani, constituie mai mult o îmbunătăţire a depistării şi nu o mărire reală a morbidităţii, întrucît problema dizenteriei a fost mai bine cuprinsă abia în ultimii doi ani.

c) Hepatita epidemică, puţin cunoscută în ţara noastră înaintea celui de-al doilea război mondial, înregistrează o incidenţă mereu crescută, ajungînd în 1955 la o morbiditate pe ţară de 215,1‰.

d) În ceea ce priveşte poliomielita, după prima ascensiune epidemică din 1927, a înregistrat în decursul anilor o morbiditate redusă pînă în 1949, cînd apare a doua ascensiune mare epidemică. În fiecare an croşetele epidemice pornesc de la o valoare minimă mai ridicată decît în anul precedent.

e) Tifosul exantematic se menţine, începînd din 1950, la cifre de morbiditate aproape nemodificate.

Trebuie să semnalăm ca o deficienţă serioasă în combaterea tifosului exantematic, lipsa de preocupare a sfaturilor populare privitoare la funcţionarea şi întreţinerea băilor populare, mijloc important de combatere a acestei boli.

Rujeola şi tusea convulsivă au prezentat şi prezintă încă o morbiditate crescută, care în decursul anilor a rămas aproape neinfluenţată, fiind caracterizată prin valuri epidemice periodice.

Scarlatina şi difteria prezintă o scădere a morbidităţii.

Deşi s-a lichidat starea de epidemicitate a difteriei, numărul actual al cazurilor sporadice este neadmisibil, întrucît posedăm un vaccin destul de eficace pentru prevenirea acestei boli, dar care, datorită deficienţelor în acţiunea de vaccinare (vaccinări incomplete, omisiuni etc.), face să se menţină incidenţa ridicată a cazurilor în anumite regiuni.

Rabia constituie o problemă nerezolvată, deşi ea ar fi trebuit să fie de mult lichidată.

D. În ceea ce priveşte morbiditatea cu pierderea temporară a capacităţii de muncă, se remarcă în general o tendinţă de scădere a indicelui de gravitate în 1955, faţă de 1954, în toate ramurile de producţie, în afară de întreprinderile carbonifere şi electrotehnice, unde s-a înregistrat o creştere.

Preocuparea mai atentă a conducerilor ministerelor şi întreprinderilor faţă de problemele sanitare va contribui la scăderea indicelui de gravitate al morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

Articol intrat în redacţie în septembrie 1956.

Importanţa socială a reumatismului şi combaterea lui în R. P. R.

Dr. I. Stoia, dr. I. Matache, dr. R. Nestor

Prin reumatism se înţelege o serie de afecţiuni localizate în mezenchim, în special în aparatul locomotor şi cardio-vascular, avînd multipli factori etiologici şi o evoluţie cronică cu puseuri acute sau subacute recidivante, care nu ajung niciodată la supuraţii. Evoluţia şi formele clinice depind de felul de reactivitate al individului.

Problema reumatismului este cu adevărat o problemă de masă, fiind una dintre bolile cele mai frecvente. Cazurile de reumatism sînt mai numeroase decît cele de tuberculoză şi cancer luate împreună. Nu este familie care să nu aibă vreun membru care să sufere sau să fi suferit de reumatism. Trebuie subliniat faptul că formele de reumatism sînt în legătură, în mare măsură, cu sexul şi vîrsta bolnavului. La copii, reumatismul este mai frecvent şi mai grav, prinzînd inima. La tineri şi adulţi, reumatismul se manifestă frecvent în formă acută sau subacută, prinzînd mai multe articulaţii. Cu cît individul bolnav de reumatism este mai tînăr, cu atît este mai predispus ca, în urma unui puseu, să fie prinsă şi inima. După 30 de ani, reumatismul prinde mai rar inima şi se localizează mai des la articulaţii, îmbrăcînd forme cronice. Aceasta nu înseamnă însă că la o vîrstă înaintată n-ar exista forme de reumatism acut care într-o proporţie mai mică, n-ar prinde şi aparatul cardio-vascular.

La copii, reumatismul este mai frecvent la fetiţe decît la băieţi. Forma de reumatism infecţios deformant, numită şi poliartrită cronică evolutivă, interesează mai mult sexul feminin decît pe cel masculin. Reumatismul infecţios la bărbaţii tineri se localizează mai frecvent pe coloana vertebrală, dînd spondilita anchilopoetică.

Reumatismul este o problemă socială care în ultimul timp preocupă mult lumea medicală.

In Elveţia, afecţiunile reumatismale reprezintă cam 10% din totalul

internărilor în spitale, în Statele Unite ale Americii 6,4%, în Anglia 6%, iar în Franţa 4,68%. Mai concludente ar fi cifrele care raportează cazurile de reumatism la totalul populaţiei. În America, după Osgood, reumaticii reprezintă 12% din totalul populaţiei, fiind de nouă ori mai numeroşi decît tuberculoşii şi de 12 ori decît canceroşii. În Suedia, după statistica lui Kahlmeterm proporţia este tot de 12%. Numeric, s-au înregistrat în Statele Unite cam 9 milioane de reumatici cronici, iar în Anglia numărul reumaticilor, numai în rîndul muncitorilor industriali, se ridică la un milion pe an. Raportat la celelalte boli, reumatismul reprezintă 14,4% în Anglia, 9,1% în Suedia şi 9% în Belgia. În Uniunea Sovietică, reumatismul era de 2 ori mai frecvent decît cancerul şi tuberculoza la un loc. Graţie măsurilor luate pe plan social-economic, numărul reumaticilor este în descreştere.

Morbiditatea variază de la ţară la ţară, oscilînd între 2 şi 21% din totalul populaţiei. Răspîndirea reumatismului depinde şi de aşezarea geografică, fiind mai frecvent în ţările nordice, cu climat umed şi răcoros. Morbiditatea în afecţiunile reumatismale este şi mai ridicată, ţinînd seamă şi de faptul că 30—40% dintre afecţiunile cardio-vasculare sînt de natură reumatismală.

★

Reumatismul are la bază cauze economice şi sociale. Glover, care a efectuat o vastă anchetă asupra reumatismului în Anglia, a ajuns la concluzia că boala lui Sokolski-Bouillaud este de 30 de ori mai frecventă la copiii săraci decît la cei cu o stare materială bună. Aceste fapte arată că, în producerea reumatismului, condiţiile de viaţă şi de muncă au un rol dintre cele mai importante, putînd include o serie de factori reumatogeni. Consecinţele sociale ale afecţiunilor reumatismale sînt mari: în Anglia, 14% din zilele de lucru pierdute din cauză de boală se datoresc reumatismului. În Scoţia, procentul zilelor pierdute din cauza reumatismului este de 9%, iar numărul zilelor se ridică la 3 milioane anual. În Statele Unite, reumatismul provoacă o pierdere de aproape 100 milioane de zile lucrătoare pe an, iar în Suedia un sfert din totalul zilelor de incapacitate de muncă datorite bolilor incurabile.

Dacă vrem să cunoaştem răspîndirea reumatismului în ţara noastră, ne lovim de la început de lipsa datelor statistice din trecut.

Vom da mai jos cîteva cifre din trei medii diferite:

I. În mediul spitalicesc, în clinica regretatului prof. Danielopolu, reumaticii au reprezentat între 1924 şi 1933, 12% din totalul internaţilor, în cele mai multe cazuri fiind vorba de boala Sokolski-Bouillaud. În clinica regretatului prof. Băltăceanu din Spitalul Brîncovenesc, 8,10% din totalul internaţilor între 1934 şi 1939 au fost bolnavi de reumatism

cronic. Dintre bolnavii internaţi în cursul anului 1948, în clinica medicală condusă de acad. prof. Lupu, 5,4% sufereau de afecţiuni reumatismale. Procentul cel mai mare de reumatici l-am găsit în serviciul de boli interne al Spitalului Cantacuzino, unde între 1 ianuarie 1947 şi 30 septembrie 1949, din totalul bolnavilor internaţi, 14,2% au fost reumatici. Valoarea orientatoare a acestor cifre este redusă din cauză că unele servicii sînt specializate în îngrijirea reumaticilor. Comparîndu-le însă cu cifrele citate de alte ţări ne dăm seama că în această privinţă nu am stat mai prejos decît ţările cu procentul cel mai ridicat de reumatici.

La policlinica Spitalului Cantacuzino, în cursul anului 1948, aproximativ 20% dintre bolnavi au prezentat afecţiuni reumatismale. Într-o statistică referitoare la ajutorarea de boală întocmită de Asigurările sociale rezultă că între 1.IV şi 3.XII.1947, cam 10% din ajutoarele plătite din fondul Asigurărilor au fost încasate de reumatici.

Pentru a aprecia frecvenţa şi importanţa reumatismului în marea masă a populaţiei, am căutat să facem o anchetă recentă în Raionul Lenin, în problema reumatismului.

Trebuie să accentuăm de la început că în Raionul Lenin, care este deservit de Spitalul Brîncovenesc, problema reumatismului preocupă pe medici de ani de zile, deoarece aici există Institutul de balneologie, cu secţie clinică de reumatologie. Vom da mai jos cîteva date din statistica completă pe care am făcut-o în acest raion, socotită la suta de locuitori. Numărul total de reumatici faţă de populaţia din raionul Lenin l-am găsit în 1954 de 70,2%, în 1955 de 36,6‰, iar în 1956, socotind numai prima jumătate a anului, de 33,6‰. Cifra scăzută la jumătate în ultimii doi ani dovedeşte cu prisosinţă că scăderea morbidităţii depinde de ridicarea nivelului tehnic medical şi de preocuparea medicală în această problemă.

În alte raioane, unde condiţiile de viaţă şi de muncă sînt mai dificile şi unde nu există o preocupare principală pentru această problemă, cadrele de specialitate fiind mai puţine la număr, aceste cifre vor fi desigur cu mult mai mari. Comparînd chiar în raionul Lenin afecţiunile reumatismale cu celelalte boli, acestea sînt în fruntea morbidităţii, cu toate că reumatismul trebuie să fie aici cel mai redus. Dacă comparăm cu afecţiunile tubului digestiv, se vede că în 1954 numărul total al reumaticilor se ridica la 70,2%, pe cînd al bolnavilor de afecţiuni ale aparatului digestiv este de 30,5‰. În 1955, cu toată scăderea la 36,6‰ a reumaticilor, procentul acestora totuşi este mai mare decît al bolnavilor de afecţiuni ale aparatului digestiv, care reprezintă numai 26‰. În prima jumătate a anului 1956, reumaticii dau o proporţie de 33,60‰ faţă de bolnavii de afecţiuni ale aparatului digestiv, care rămîn la 20,6‰.

Aceleaşi proporţii se menţin şi în întreprinderi. Aici însă, trebuie să semnalăm un fapt important: zilele de concediu date reumaticilor rămîn iarăşi în frunte. Dacă comparăm reumatismul cu afecţiunile genitale, care trebuie puse la pat la orice exacerbare, găsim următoarele date: în 1954, reumaticii sînt în proporţie de 58‰ faţă de bolnavii cu afecţiuni genitale care reprezintă 5‰; în 1955 în proporţie de 51,5‰ faţă de 45,3‰, iar în 1956 de 59,2‰ faţă de 52,9‰. Aceasta dovedeşte clar că afecţiunile reumatismale, nu numai că sînt numeric în fruntea morbidităţii, dar îmbracă forme serioase, care necesită repaus la pat. Mai mult decît atît: categoria aceasta de reumatici care trebuie să rămînă acasă sau să se spitalizeze prezintă forme progresive, devenind o povară şi pentru familie şi pentru stat. Că este aşa, o dovedeşte numărul mare de reumatici care au trebuit să se spitalizeze, în comparaţie cu bolnavii de afecţiuni care necesită cel mai mult spitalizarea, adică în comparaţie cu cardiacii. În 1954 au fost spitalizaţi în întreg Spitalul Brîncovenesc (în cele trei secţii clinice) 11,4% reumatici, iar cardiaci numai 7,14%; în 1955 reumaticii reprezentau 12,8% pe cînd cardiacii numai 8,16%, iar în 1956 avem 15,5% faţă de 9,16%. Cifra reumaticilor este şi mai mare dacă ţinem seama că o parte dintre cardiaci sînt tot reumatici. Formele acestea de reumatism, care sînt cele mai numeroase faţă de celelalte afecţiuni, necesită un număr dublu de zile de spitalizare, în comparaţie cu afecţiunile cardiace internate. Cifrele următoare sînt doveditoare:

În 1954, reumaticii internaţi au avut media de spitalizare de 16,04%, faţă de cardiaci cu 8,09%; în 1955, de 17,02% faţă de cardiaci cu 9,23%, iar în 1956 de 16,09% faţă de 10,86%.

Numai din cele cîteva date scoase din statistica făcută în raionul Lenin reies precis următoarele: 1) că morbiditatea reumatică în raionul Lenin este cea mai mare; 2) că reumatismul îmbracă formele cele mai grave, care necesită cele mai multe internări; 3) că necesită timpul de spitalizare cel mai lung; 4) că necesită numărul cel mai mare de zile de concediu.

Tot din cele de mai sus se poate desprinde faptul că ridicarea nivelului tehnic al medicilor şi personalului sanitar în această specialitate şi crearea serviciilor de consultaţii pentru reumatism fac ca reumatismul să fie depistat şi tratat mult mai bine, cifra morbidităţii scăzînd de la un an la altul la jumătate.

Reumatismul este incontestabil, atît la noi, cît şi în toată lumea, o problemă socială sanitară de prim ordin. Statistic, este dovedit că reumatismul este mai frecvent decît tuberculoza, cancerul, diabetul şi bolile de inimă şi sînt de 10 ori mai multe persoane incapabile de muncă din cauza reumatismului decît din cauza tuberculozei. Între bolile cronice, reumatismul dă cel mai mare număr de infirmi. Nici una dintre bolile cronice nu produce atîta suferinţă, infirmităţi şi pierderi materiale ca bolile reumatice. Cu toate acestea s-a făcut cel mai puţin pentru reumatism. În America, cu toate că reumatismul este de 10 ori mai numeros decît tuberculoza, numărul paturilor este cu 5 000 mai mic decît al celor afectate pentru tuberculoşi. Aceasta se explică prin faptul că reumatismul Sokolski-Bouillaud este privit ca boală cardiacă şi nu ca reumatism, iar morbiditatea sa este trecută la bolile de inimă. Reumatismele cronice,

cu toate că dau cea mai mare suferinţă şi invaliditate, au mortalitatea cea mai mică.

In ultimul timp, însă, preocuparea faţă de problemele reumatismului s-a intensificat.

In U.R.S.S., Comitetul pentru studiul reumatismului şi al afecţiunilor articulare a fost organizat în 1928. Acest comitet s-a transformat curînd într-o organizaţie unională ştiinţifică puternică, de mase, care a reunit în rîndurile ei cele mai bune cadre medicale ale ţării. Sub conducerea Comitetului unional s-a creat în întreaga Uniune Sovietică o reţea de comitete antireumatice republicane, regionale şi orăşeneşti, care s-au ocupat de cercetări ştiinţifice în legătură cu problemele şi chestiunile recomandate de Comitetul unional. Ele se ocupă de organizarea dispensarelor antireumatice, a cabinetelor antireumatice din policlinici, a secţiilor şi saloanelor pentru reumatici, ca şi de crearea sanatoriilor pentru reumatici. De asemenea, ele contribuie la ridicarea nivelului de cunoştinţe şi la specializarea medicilor în domeniul reumatismului şi al afecţiunilor articulare, precum şi la răspîndirea cunoştinţelor legate de aceste probleme în masele largi ale populaţiei. Pe baza materialelor furnizate de comitet, Ministerul Sănătăţii al U.R.S.S. a elaborat programul unor vaste măsuri pentru dezvoltarea activităţii ştiinţifice şi pentru ameliorarea asistenţei curativo-profilactice a reumaticilor. Printre cele mai importante măsuri figurează: lărgirea activităţii ştiinţifice, crearea unor cabinete antireumatice în policlinici, pentru adulţi şi copii, stabilirea unui program de măsuri profilactice şi antireumatice pentru principalele ramuri industriale, crearea cadrelor medicale în domeniul reumatismului.

In U.R.S.S. se dă o atenţie deosebită profilaxiei reumatismului la copii. Centrele antireumatice infantile au sarcini multiple: evidenţa copiilor suspecţi şi predispuşi la reumatism, studiul mediului în care trăieşte copilul şi declararea factorilor reumatogeni, difuzarea concepţiilor juste despre reumatism în rîndurile pedagogilor, părinţilor şi populaţiei, urmărindu-se mobilizarea în lupta împotriva acestei primejdioase boli a copilăriei.

Nesterov, în lucrarea sa „Rolul medicilor internişti împotriva reumatismului în vederea profilaxiei acestei boli", arată îmbunătăţirile ce trebuie aduse condiţiilor de muncă din diferite ramuri de producţie, măsuri cu privire la sport şi cultură fizică, cu privire la alimentaţie şi alegerea profesiei etc.

De curînd, Zukerstein din Leningrad, cu ocazia studiului său asupra evoluţiei reumatismului la copii, recomandă ca, în scop profilactic şi pentru ca lupta antireumatică să fie eficace, să se mărească numărul institutelor speciale antireumatice şi să se difuzeze rezultatele cercetărilor celor mai recente, pentru a informa masa medicală şi pune problema orientării profesionale a bolnavilor de reumatism.

In Suedia, grija pentru reumatici are o veche tradiţie; cu toate acestea, la o populaţie de şase milioane şi jumătate există încă o sută de mii de persoane incapabile de muncă din cauza reumatismului.

„Fundaţia reumatismală", înfiinţată în Statele Unite în 1948, are scopul: 1) să lărgească cercetările, mai ales în privinţa prevenirii, etiologiei şi tratamentului reumatismului, 2) să creeze burse pentru cercetători, 3) să dezvolte centre de cercetări, învăţămînt şi tratament în reumatism, 4) să arate medicilor şi publicului influenţa factorilor sociali

asupra reumatismului şi să se elaboreze măsurile de control şi prevenire. Important este aici depistarea reumatismului cît mai precoce şi tratarea lui la centrele de reumatism, la secţiile de reumatism şi cabinetele de reumatism, care trebuie să formeze un tot, colaborînd cu institutele centrale de reumatism din centrele mari universitare. Printre factorii de prevenire, în America, se dă o mare importanţă gimnasticii medicale şi sportului în aer liber, cu scopul de a mări rezistenţa organismului.

În 1951 a fost fondat în *Ungaria* Institutul republicii pentru reumatologie şi balneologie reumatologică din Budapesta, cu 900 de paturi. Institutul depinde direct de Ministerul Sănătăţii şi are legături cu Institutul de specializare şi perfecţionare în reumatologie şi medicină fizicală. Specializarea în reumatologie şi medicină fizicală durează 3 ani ; afară de aceasta, fiecare student în medicină trebuie să facă minimum 3 luni de practică în Institutul de reumatologie balneologică. Institutul dă indicaţii în staţiunile balneare cu profil reumatologic, execută şi conduce teme ştiinţifice. Institutul este bine dotat de stat şi are drept ţel să creeze baze solide pentru cercetări ştiinţifice în reumatism.

La fel, în *Polonia* şi în *Cehoslovacia* există cîte un institut de cercetări ştiinţifice în reumatism. La Praga, prof. Lenoch este directorul Institutului de cercetări reumatologice şi profesor de balneologie cu profil reumatologic.

În *Italia* sînt numeroase centre antireumatice. Primul centru a fost înfiinţat în 1948 şi este condus de prof. Fobacchi, iar la Roma există un centru pentru boli reumatismale şi cardiace condus de prof. Lucherini. La Torino, centrul de reumatologie mai are şi o secţie de ortopedie chirurgicală. Mai există centre antireumatice la Milano, Genua, Padua, Florenţa, Bologna, Neapole, Bari etc. Societatea de reumatologie editează revista „Reumatismo" o dată la două luni. La universităţile italiene se ţin cursuri despre reumatism.

În *Franţa* există specialişti în reumatologie, dispensare, servicii, iar la Paris există o catedră de reumatologie al cărei titular este profesorul Coste, un centru antireumatic — Petersen condus de profesorul S. De Sèze, precum şi mai multe servicii conduse de Lüjni, Lieure, Weissmann-Netter etc. Aici se ţin prelegeri de două ori pe săptămînă pentru începători şi o dată pe săptămînă pentru cei avansaţi în specialitate. Specialiştii în reumatologie fac anual un curs de împrospătare de o săptămînă.

În *Olanda* există 5 centre antireumatice (la Amsterdam, Leyden, Utrecht, Gromingen, Mimwagen) şi 40 de dispensare. Centrele ţin şi conferinţe despre reumatism, fiind conduse de docenţi. Catedra este în plan pentru oraşul Leyden. Paturi pentru reumatici sînt numai 300 la 10 500 000 locuitori.

În *Spania,* lupta antireumatică este mai la început. La Madrid şi Barcelona sînt dispensare de reumatism pe lîngă Clinica de Medicină internă conduse de prof. Pons (Barcelona) şi Maranon (Madrid). Din 1950 se ţin cursuri de reumatologie.

În *Elveţia* există ligi cantonale de reumatism la Basel, Geneva şi Zürich. Activitatea ştiinţifică în materie de reumatologie revine Societăţii elveţiene pentru medicină fizicală şi reumatologie, care face anual schimb de experienţă cu străinătatea.

În *Republica Democrată Germană* există numeroase institute de cer-

cetări în reumatism. Vom expune foarte sumar cum vede dr. Tichy din Dresda lupta antireumatică în Germania. În combaterea reumatismului trebuie organizate dispensare de reumatism, cabinete de reumatism la policlinici și la ambulatoriile de la țară, care trebuie să consulte și să dirijeze cazurile curabile de reumatism în clinici, spitale și stațiuni balneare. Este de dorit ca fiecare raion să aibă un institut de reumatism cu clinică și policlinică care să fie model de diagnostic, terapie curativă și preventivă și de îngrijiri unde să se facă și cercetări în reumatism. Toate aceste instituții să colaboreze cu un institut central de reumatism, în care trebuie să concentreze și să dirijeze din punct de vedere științific munca institutelor raionale pentru a ajuta sănătatea poporului. Aceste institute raionale trebuie să urmărească pe reumatici, mai ales pe cei din cîmpul muncii, înainte și după ce s-au reîntors de la cura balneară și să-i conducă astfel ca să nu se mai producă recidive; să evite și să asaneze focarele de infecție. Reumaticii să se ferească de curent, de răceli, de oboseală; să-i învețe pe reumatici cum să se îmbrace, ținînd seama de climă; să-i învețe cum să aibă ținuta corpului în timpul muncii, să le corijeze defectele de poziție și să le dirijeze alimentația și ocupația în timpul liber. Reumaticii au nevoie de o viață tihnită, de un mediu optim.

Trebuie să evite să aibă focare nocive, deoarece sistemul nervos vegetativ devine, datorită iritațiilor repetate cu punct de plecare din focarele de infecție, hipersensibil și reacționează hiperalergic. Persoanele care au fost rezistente contra răcelii, oboselii fizice și psihice, devin hipersensibile: evită cel mai mic curent, răcesc foarte ușor, nu rezistă la eforturi fizice și psihice fără să aibă leziuni organice evidente. În stări de infecție cronică, funcția scoarței suprarenale este mai întîi în hiperfuncție ca după aceea să se epuizeze. O răceală puternică, oboseala, operațiile, șocurile nervoase etc. slăbesc scoarța suprarenală și pot produce o boală reumatică.

Trebuie să căutăm să mărim rezistența organismului. Se recomandă pentru aceasta ședereа în aer liber, gimnastică medicală, sport în aer liber, soare și alimentație bogată în vitamine. Copiilor trebuie să li se controleze dinții și amigdalele; la fel și muncitorilor în întreprinderi. Dinții trebuie curățați după fiecare masă, iar la cea mai mică carie trebuie consultat dentistul. Reumaticul nu trebuie să stea în camere fără soare, umede și cu curent; să nu se așeze pe iarba umedă și să nu stea afară, la frig, cu umezeală și vînt sau îmbrăcat insuficient. O plimbare în aer liber, chiar în timpul ninsorii nu face rău. Camera trebuie să fie bine aerisită și însorită; uscată și niciodată la subsol. Patul reumaticului să nu fie pus la peretele exterior. Ferestrele să fie bine închise, podeaua să nu fie de ciment sau pămînt. Reumaticul să caute să aibă tot timpul picioarele calde. Îmbrăcămintea reumaticului să fie adecvată: nici prea călduroasă, ca să nu transpire, nici prea subțire. Muncitorii din fabrici, care transpiră, trebuie să aibă o cămașă de schimb. Muncitorii din mine sînt cei mai mult predispuși să facă reumatism, pentru că sînt supuși frecvent la schimbări de temperatură, transpirații, stau în poziții nefiziologice în timpul muncii, iar coloana vertebrală este mult solicitată.

Pentru mărirea rezistenței organismului se recomandă: periaj uscat pentru normalizarea termoreglării pielii, exerciții fizice acasă, zilnice, sporturi (volei, handbal). La soare, nu trebuie să stea prea mult. Se reco-

mandă plimbări, excursii, vacanță plăcută. Reumaticii pot să meargă la mare numai în anotimpul cald, să facă băi de nisip calde și să evite băile reci.

„Reumatismul este boala poporului și trebuie învățate nu numai masele largi de a se feri și de a se îngriji, dar mai ales trebuie create cadre tinere de medici reumatologi; numai astfel putem lupta împotriva acestei boli sociale", spune doctorul Tichy.

★

În țara noastră problema reumatismului interesează îndeaproape forurile conducătoare. Comisia pentru studiul și combaterea bolilor reumatismale are drept scop studiul diferitelor probleme legate de bolile reumatismale și găsirea celor mai eficace metode profilactico-curative. D. Danielopolu a inițiat lupta antireumatică și asistența cardiacilor din 1927. În 1936, D. Danielopolu a înființat în cadrul Institutului clinico-medical de la Spitalul Filantropia o consultație de reumatologie și un serviciu cardio-reumatismal la Eforie-Techirghiol.

În cadrul Sfatului științific al Ministerului Sănătății a luat ființă, în 1950, Comisia pentru studiul și combaterea bolilor reumatismale și ale aparatului locomotor sub conducerea acad. D. Danielopolu.

Comisia a realizat următoarele:

Conferința de reumatologie din Cluj, din 1950, care a conchis că este necesar să se folosească o nomenclatură unitară, care să evite confuziile. Conferința a propus și Ministerul Sănătății a adoptat o terminologie care a fost dată publicității sub formă de îndreptar în problema reumatismului pentru organizarea anchetelor și completarea fișelor pentru reumatici și afecțiunile aparatului locomotor. În acest îndreptar s-a fixat cadrul clinic cel mai expresiv sub care se pot prezenta diferitele forme de boli reumatismale:

1. *Reumatismul Sokoloski-Bouillaud* cu o *formă predominant cardiacă*, o *formă predominant articulară* și o *formă latentă*, asupra căreia au insistat autorii sovietici.

2. *Artritele infecțioase secundare* (artritele prin infecție de focar, postdizenterice, artritele prin infecții generale gonococice, gripale, tuberculoase, sifilitice etc.). Evoluția lor poate fi acută, subacută sau cronică. Localizările articulare nu sînt atît de mobile ca în reumatismul Sokolski-Bouillaud. Produc sechele articulare: redoare, cracmente, limitarea mișcărilor și anchiloze.

3. *Poliartrita cronică progresivă*, boală cu evoluție simetrică și progresivă, evoluînd spre deformații și cu forme multiple. Amintim forma Still-Chauffard, care se întîlnește la copii și se caracterizează prin prinderea articulațiilor, poliadenopatie, splenomegalie și cașexie progresivă etc.

4. *Artrozele* (sinonim reumatism cronic degenerativ).

5. *Spondilita anchilopoetică* și *spondilozele*.

6. *Manifestările periferice nearticulare*, din care fac parte: mialgiile, nevralgiile, periartrita scapulo-humerală, tendosinovita, tendoperiostita și fibrozitele.

Comisia a reușit să trezească interesul medicilor din centrele universitare și din provincie pentru studiul reumatismului și mai ales pen-

tru cunoaşterea morbidităţii, a frecvenţei reumatismului în funcţie de regiuni, grupe de vîrstă, condiţii de muncă etc.

În vederea ridicării calificării medicilor, comisia a propus Ministerului Sănătăţii următoarele :

1. În alcătuirea programei analitice a facultăţilor de medicină să se dea importanţa cuvenită bolilor reumatismale şi celor ale aparatului locomotor.

2. Pentru medicii de teren s-a propus să se alcătuiască cursuri de instructaj şi perfecţionare în cadrul Institutului de perfecţionare a medicilor : a) cursuri de instructaj de cîte o lună, cu medicii de teren şi b) cursuri de perfecţionare de 3 luni, cu medicii primari de boli interne din toate regiunile. Cu toate eforturile comisiei, aceste deziderate n-au fost îndeplinite.

Comisia de reumatism din 1956, condusă de academicianul N. Lupu, în şedinţa sa plenară din 20.III.1956, a hotărît ca secretariatul comisiei să prezinte conducerii Ministerului Sănătăţii propunerile hotărîte de plenara comisiei reumatismale pentru îmbunătăţirea asistenţei medicale curativo-profilactice a reumaticilor.

1. La nivelul spitalelor, regiunilor sau raioanelor din centrele muncitoreşti să ia fiinţă primele nuclee de luptă antireumatică. Aceste nuclee se vor constitui prin instructarea unui medic internist calificat consultant sau consultant principal în problema reumatologiei. Acesta, după ce va face un instructaj de 1—2 luni la centrul de reumatologie (staţionar-policlinică), se va întoarce pe teren şi va organiza munca în sensul unei consultaţii de reumatologie în policlinică de 1—2 ore pe zi, iar bolnavii triaţi pentru internare vor fi spitalizaţi în secţia de medicină internă a spitalului respectiv, unde asistenţa medicală le va fi dată de acelaşi medic sub conducerea directă a şefului de secţie. La nivelul policlinicii, medicul consultant cu profil reumatologic se va ocupa de bolnavii examinaţi de medicii de circumscripţie şi care necesită un examen de specialitate pentru precizarea diagnosticului sau pentru aplicarea unei terapeutici adecvate. Aceste nuclee vor forma totodată antenele luptei antireumatice a Comisiei reumatismului.

2. Centrul de reumatologie din Bucureşti va fi format dintr-o policlinică şi o clinică staţionar. El va fi organul tehnico-metodologic al Ministerului Sănătăţii în specialitate. În această clinică-policlinică se va face instructajul medicilor internişti cu profil reumatologic. La acest centru vor fi îndreptate cazurile de problemă şi cazurile dificile ca diagnostic şi terapeutică ce n-au putut fi rezolvate de medicul consultant cu profil reumatologic de la nivelul policlinicilor regionale sau raionale. Medicul consultant cu profil reumatologic va ţine legătura, de asemenea, cu ortopedistul şi cu balneologul regiunii, iar prin spitalul unificat şi Direcţia curativo-profilactică va ţine legătura şi cu Comisia de reumatism de pe lîngă Sfatul ştiinţific al Ministerului Sănătăţii, precum şi cu cabinetul de reumatologie al reţelei de pediatrie.

Direcţia curativo-profilactică va însărcina pe medicul terapeut al Ministerului Sănătăţii să preia problema reumatismului, iar în lipsa lui, pe alt medic din Direcţia curativo-profilactică.

Raportul Comisiei de reumatism din 20.III.1956 a fost însuşit de conducerea Ministerului Sănătăţii şi este în curs de punere în practică.

Comisia de reumatism a mai propus conducerii Ministerului Sănătății, în vederea ridicării nivelului profesional al medicilor:

a) mărirea numărului de ore de reumatologie în programul analitic al I.M.F.;

b) organizarea în cadrul I.P.S.M., în colaborare cu secția de reumatologie și cu Centrul de reumatologie, a unor cursuri de instructaj în reumatologie cu o durată de 1—2 luni;

c) organizarea unor cicluri de conferințe regionale cu subiecte de reumatologie, în capitalele de regiuni și în centrele muncitorești, cu o durată de 3—4 zile;

d) elaborarea unor normative terapeutice și indicatoare diagnostice (indicator-îndreptar) care vor fi difuzate întregii rețele curativo-profilactice.

★

Din cele de mai sus se vede că lupta antireumatică în țara noastră este în plină dezvoltare. Reușita acestei lupte depinde de felul cum masa medicilor va cunoaște această problemă atît de importantă și în egală măsură de modul cum se vor aplica măsurile organizatorice corespunzătoare.

Tratamentul în problema reumatismului trebuie să fie curativo-profilactic. Profilaxia în reumatologie capătă o importanță din ce în ce mai mare, deoarece se dovedește zi de zi că este o armă mai eficace chiar decît terapeutica curativă propriu-zisă.

Măsurile preventive vor fi luate înainte de apariția reumatismului și după primul acces, pentru a putea evita recidivele caracteristice fiecărei forme. Aceste măsuri curativo-profilactice nu vor putea fi eficace dacă în reumatism nu ținem seama, atît de factorii externi proveniți din mediul înconjurător, cît și de factorii interni legați de terenul pe care se dezvoltă boala, aceasta fiind o rezultantă a interacțiunii celor două categorii de factori și a influențării lor reciproce.

Articol intrat în redacție în august 1956.

Unificarea inspecției sanitare de stat și a centrului sanitar și antiepidemic la nivelul regiunilor

Dr. **I. Caloenescu**

Unul dintre principiile de bază ale ocrotirii sănătății publice în R.P.R. îl constituie principiul profilaxiei. Orientarea profilactică a constituit în ultimii ani linia de dezvoltare a întregii activități medico-sanitare din țara noastră, Ministerul Sănătății căutînd să antreneze în această direcție, nu numai organele și instituțiile proprii, ci concomitent și organele puterii de stat, precum și masele largi ale populației.

Activitatea sanitaro-antiepidemică are o importanță deosebită în ocrotirea sănătății publice și pentru aplicarea largă a principiului profi-

laxiei, atît din punct de vedere al înlăturării şi neutralizării factorilor externi patogeni, cît şi în folosirea factorilor favorabili de mediu pentru întărirea stării de sănătate a populaţiei şi mărirea rezistenţei organismului faţă de influenţele nocive.

Reţeaua care are rolul de coordonare, îndrumare şi control, precum şi sarcini proprii operative în aplicarea acestor linii directoare de activitate este reţeaua sanitară antiepidemică, care desfăşoară controlul sanitar preventiv şi controlul sanitar curent prin Inspecţia sanitară de stat şi Centrul sanitaro-antiepidemic.

Această reţea de specialitate, înfiinţată în primul nostru plan cincinal, şi-a dovedit pînă în prezent eficienţa, iar o serie de rezultate pozitive obţinute arată largi perspective de dezvoltare.

Formele organizatorice aplicate în intervalul 1951—1955 pentru desfăşurarea controlului sanitar preventiv şi controlului sanitar curent au fost diferite, adaptate necesităţilor şi etapelor respective de dezvoltare.

Prima etapă, 1951—1953, a fost caracterizată prin înfiinţarea unităţilor tehnice de specialitate, centrele sanitaro-antiepidemice, la nivelul regiunilor şi al raioanelor mai importante din punct de vedere social-economic, de organizare a bazei materiale şi în special de dotarea laboratorului. Funcţional, etapa este caracterizată prin luarea în evidenţă şi cunoaşterea, din punct de vedere igienico-sanitar, cu ajutorul laboratorului, a principalelor caracteristici ale stării igienico-sanitare a teritoriului şi a înregistrării stării de sănătate a populaţiei deservite — în special a demografiei şi morbidităţii profesionale şi prin boli transmisibile, mai puţin a dezvoltării fizice — precum şi de găsirea celor mai adecvate metode de lucru.

Etapa a doua este etapa de adîncire calitativă a activităţii sanitaro-antiepidemice şi de separare a controlului sanitar preventiv de stat de controlul sanitar curent.

Separarea controlului sanitar preventiv şi înfiinţarea, în 1954, a unei instituţii de sine stătătoare, Inspecţia sanitară de stat, a făcut posibilă, la o etapă dată, efectuarea unui mai atent control sanitar de stat asupra proiectării, construirii şi reconstruirii anumitor obiective, întreprinderi şi instituţii, a dat posibilitatea formării de cadre calificate în unele probleme de control sanitar preventiv şi a făcut posibilă elaborarea în mai mare măsură a legislaţiei, normelor şi regulamentelor sanitare.

Inspecţia sanitară de stat din centrala Ministerului Sănătăţii, în aplicarea controlului sanitar preventiv, a extins sfera activităţii igienico-sanitare de la simpla avizare a construcţiilor, la o activitate cu caracter mai larg preventiv, prin participarea activă la elaborarea stasurilor şi normelor interne de fabricaţie în sectorul industriei alimentare, prin studiul şi protecţia bazinelor naturale de apă, prin supravegherea şi controlul elaborării stasurilor privind produsele de larg consum (mobilier, jucării, bancă şcolară), a instalaţiilor tehnico-sanitare etc.

Forma organizatorică actuală a sectorului sanitaro-antiepidemic din R.P.R. este asemănătoare cu aceea a perioadei din 1947—1954 din U.R.S.S., perioada dezvoltării paralele a două reţele de specialitate, şi ca atare credem util a analiza comparativ etapa de la noi cu perioada de dezvoltare sus-menţionată a sectorului sanitaro-antiepidemic din U.R.S.S.

De la început menţionăm că în etapa anterioară dezvoltării a două reţele de specialitate pentru aplicarea controlului sanitar-preventiv şi a

controlului sanitar curent şi în Uniunea Sovietică controlul sanitar preventiv era mai puţin dezvoltat, întrucît reţeaua sanitară antiepidemică se preocupa mai mult de problemele acute ale controlului sanitar curent, iar cînd preocupările privind controlul sanitaro-preventiv predominau, se neglija implicit controlul sanitar curent.

Etapa dezvoltării paralele a două reţele de specialitate a dat posibilitatea aplicării juste, atît a controlului sanitar preventiv, cît şi a controlului sanitar curent şi a fost necesară pentru adîncirea metodelor de lucru în controlul sanitar preventiv, precum şi pentru a se forma cadre de specialitate într-o reţea de specialitate.

Centrele sanitaro-antiepidemice, în etapa respectivă, nu aveau suficientă autoritate pentru a-şi putea impune punctul de vedere faţă de alte departamente, nu aveau o legătură directă prin Ministerul Sănătăţii cu Consiliul de Miniştri, nu aveau o autoritate juridică administrativă, iar legislaţia sanitaro-antiepidemică era insuficientă.

Coexistenţa a două organe şi reţele separate a dus, în Uniunea Sovietică, la adîncirea activităţii şi la perfecţionarea metodelor şi mijloacelor de muncă utilizate.

In perioada în care activitatea sanitaro-antiepidemică s-a desfăşurat pe baza acestor principii organizatorice au fost constatate însă o serie de lipsuri, care în fond arătau deficienţele sistemului organizatoric. Principala lipsă a constituit-o ruptura ce s-a ivit între activitatea de control sanitar preventiv şi control sanitar curent. In sistemul desfăşurării activităţii prin două reţele de specialitate paralele, una pentru controlul sanitar preventiv, iar cealaltă pentru controlul sanitar curent, s-a creat implicit o lipsă de continuitate în munca de supraveghere a stării sanitare a teritoriului şi a stării de sănătate a populaţiei. Mai mult chiar dacă lucrările de avizare şi autorizaţia de construire a unui obiectiv în care se aplicau prevederile controlului sanitar preventiv erau urmărite activ pe parcursul construirii unui obiectiv de Inspecţie sanitară de stat, dacă recepţionarea acestuia şi eliberarea autorizaţiei sanitare de funcţionare se făceau — în principiu — de către Inspecţia sanitară de stat şi centrul sanitaro-antiepidemic, urmărirea funcţionalităţii obiectivului se făcea numai de centrul sanitaro-antiepidemic, adică de cadrele care nu au participat cu nimic la avizarea iniţială a construcţiei sau a procesului tehnologic.

Prin acest sistem organizatoric, Inspecţia sanitară de stat, la rîndul ei, era lipsită de observaţiile ce decurg din experimentarea şi punerea în practică a obiectivelor avizate şi nu-şi putea corecta eventualele greşeli făcute. Totodată, centrul sanitaro-antiepidemic, deşi cunoştea amănunţit caracteristicile şi funcţionalitatea unor întregi serii de obiective şi putea contribui cu observaţii privind deficienţele care ar trebui corectate la nivelul noilor obiective, nu putea aplica experienţa cîştigată, întrucît nu avea nici o contingenţă cu controlul sanitar preventiv de la nivelul acestor obiective.

Cunoaşterea amănunţită a stării sanitare a teritoriului şi a anumitor condiţii locale se face mai greu de Inspecţia sanitară de stat, căreia îi pot chiar scăpa anumite caracteristici. Aceste caracteristici sînt însă analizate curent chiar în cadrul muncii centrului sanitaro-antiepidemic, care însă a pierdut perspectiva unei acţiuni largi de asanare a mediului, în-

trucît aceasta intră în cea mai mare măsură în domeniul controlului sanitar preventiv.

Trebuie menţionat în plus că, din punct de vedere al politicii de cadre, ca şi din acela al schemelor şi fondului de salariu, coexistenţa a două reţele de specialitate a dus uneori la o dispersare a cadrelor şi mijloacelor, iar uneori la unele paralelisme în activitate.

★

Analizînd situaţia existentă la noi, putem afirma că există similitudine între etapa 1947—1954 din U.R.S.S. şi etapa 1954—1955 în R.P.R. Credem necesar însă a preciza că în Uniunea Sovietică etapa dezvoltării a două reţele separate a fost de mai lungă durată decît la noi, că au existat instituţii şi laboratoare bine dotate, precum şi cadre de specialitate corespunzătoare.

În 1954, cînd în Uniunea Sovietică s-a pus problema unificării celor două organe şi unităţi care lucrau în sectorul sanitaro-antiepidemic, se ajunsese ca desfăşurarea controlului sanitaro-preventiv să fie făcută la un înalt nivel ştiinţifico-practic, de o reţea de specialitate bine orientată, calificată şi specializată. De asemenea se realizase o bogată legislaţie sanitaro-antiepidemică, precum şi autoritatea de stat în acest domeniu. Centrele sanitare şi antiepidemice ajunseseră, la acea dată, la un asemenea grad de dezvoltare instituţională şi la o asemenea aplicare a controlului sanitar curent, încît permitea cu uşurinţă acţiunea de unificare a controlului sanitar-preventiv cu cel curent.

Comparînd cele arătate mai sus cu gradul de dezvoltare al aceleiaşi probleme la noi în ţară, se poate vedea că situaţia nu este asemănătoare nici în ceea ce priveşte controlul sanitar preventiv şi nici în privinţa controlului sanitar curent.

La noi în ţară, Inspecţia sanitară de stat nu a desfăşurat la nivelul regiunilor în mod curent şi în totalitate, conţinutul ştiinţifico-practic al muncii de control sanitar preventiv la nivelul teritoriului, ci a acţionat mai mult pe linia eliberării avizelor şi autorizaţiilor, fără să cerceteze temeinic şi eventual rezolve unele din problemele de bază ale profilaxiei igienico-sanitare ca : protecţia impurificării aerului atmosferic, a bazinelor naturale de apă, protecţia solului etc. Putem afirma, în general, că din cele două organe ale sectorului sanitaro-antiepidemic, Inspecţia sanitară de stat a prezentat rămîneri în urmă, atît în metodele de lucru, cît mai ales în conţinutul muncii.

De asemenea, un alt aspect important care trebuie semnalat îl constituie faptul că, deşi s-a realizat şi la noi o bogată legislaţie igienico-sanitară, sînt încă greutăţi mari în realizarea unei autorităţi de stat pe ansamblul problemelor igienico-sanitare.

★

Ministerul Sănătăţii s-a preocupat în acest an de problema unificării controlului sanitaro-preventiv cu controlul sanitar curent la nivelul unităţilor regionale. A dezbătut şi anunţat punerea în practică a unificării în şedinţa lărgită a Colegiului Ministerului Sănătăţii din 26—28 ianuarie 1956, a elaborat un proiect de hotărîre a Consiliului de Miniştri în această problemă, care a fost înaintat Direcţiei generale a treburilor de pe lîngă

Consiliul de Miniştri şi a trecut, în unele regiuni, la o acţiune experimentală de unificare.

Pe baza realităţilor de la noi, considerăm necesar că, concomitent cu acţiunea de unificare a inspecţiei sanitare de stat regionale cu centrul sanitar şi antiepidemic, este necesar a se lua o serie de măsuri, care să ajute la dezvoltarea continuă a sectorului sanitaro-antiepidemic. Printre măsurile mai importante menţionăm :

1. Necesitatea intensificării eforturilor în vederea aplicării cît mai largi a principiului profilaxiei pe plan de stat şi realizarea unui control sanitar de stat eficient asupra tuturor departamentelor.

2. Elaborarea de către toate direcţiile tehnice din Ministerul Sănătăţii a unor normative privind activitatea fiecărui sector din reţeaua medico-sanitară, prin care să se pună accentul pe orientarea profilactică în munca medico-sanitară ; Inspecţia sanitară de stat şi Direcţia antiepidemică să statueze obligativitatea pentru organele şi instituţiile sanitaro-antiepidemice de a deveni organizatorii şi factorii de răspundere în acţiunile mari de aplicare a principiului profilaxiei, precum şi în acţiunea de reducere a morbidităţii prin prevenirea şi combaterea bolilor profesionale şi transmisibile.

3. O măsură importantă o constituie tehnicizarea cadrelor sectorului sanitaro-antiepidemic, de la cadrele conducătoare pînă la nivelul medicului igienist din raioanele rurale. Această măsură trebuie realizată prin utilizarea largă a Institutului de perfecţionare şi specializare a medicilor şi farmaciştilor, prin institutele de cercetări ştiinţifice de specialitate — Institutul de igienă R.P.R., Institutul „Dr. I. Cantacuzino", Institutul de igiena muncii şi boli profesionale, Centrul de cercetări ştiinţifice D.D.D. — prin utilizarea largă a secţiilor metodologice ale acestor institute (secţii care încă nu au viaţă) şi prin utilizarea anumitor centre sanitaro-antiepidemice regionale, care pot contribui şi ele la ridicarea nivelului profesional al cadrelor şi prin secundariatul în igienă.

Literatura de specialitate oglindeşte în prezent insuficient problemele de igienă şi epidemiologie, iar în presa medicală problemele sanitaro-antiepidemice sînt foarte puţin dezbătute.

Nivelul profesional al cadrelor din unităţile operative ale terenului poate fi ridicat şi prin intensificarea legăturilor cu Societatea ştiinţelor medicale, organizîndu-se conferinţe pe teme actuale, sesiuni ştiinţifico-practice, decade, precum şi intensificîndu-se instructajele tehnico-profesionale de la nivelul institutelor de cercetări ştiinţifice.

4. Igiena şi epidemiologia trebuie promovate ca specialităţi tehnice, de importanţă în sistemul ocrotirii sănătăţii publice din statul socialist, în care să lucreze cadre valoroase, bine selecţionate, specialităţi tehnice care să utilizeze cele mai noi metode de lucru ştiinţifico-practice fundamentate pe datele de laborator.

Pentru a putea realiza acest deziderat, considerăm ca absolut necesară asigurarea unei baze materiale corespunzătoare : laboratoare, sistem preferenţial de salarizare, atestarea cadrelor de medici igienişti, epidemiologi şi de laborator, mijloace de transport etc.

In afara acestor măsuri organizatorice şi funcţionale, avem de făcut următoarele menţiuni asupra acţiunii de unificare în sine :

1. Credem necesar să se vegheze ca prin unificare să nu se prejudicieze cu nimic conţinutul muncii de control sanitaro-preventiv. In acest

scop este necesar să se specifice clar, de la început, că Inspecția sanitară de stat nu dispare ca organ nici în Centrala Ministerului Sănătății și nici la nivelul regiunilor.

Totodată trebuie combătută ca greșită părerea că prin unificare, controlul sanitaro-curent va ceda locul său în practica medicilor igieniști, controlului sanitar preventiv. Funcționalitatea în condiții normale din punct de vedere igienico-sanitar trebuie realizată permanent în toate obiectivele din teritorii și mai ales trebuie controlată îndeaproape. În felul acesta, controlul sanitaro-curent va fi îmbunătățit și întărit, atît în ceea ce privește structura și cadrele, cît și metodele de lucru.

2. Pentru a se realiza o unitate de conducere, pentru a se putea promova aplicarea largă a principiului profilaxiei la nivelul tuturor rețelelor, considerăm necesar ca inspectoratul sanitar de stat să fie încadrat cu $^1/_2$ normă și la nivelul secției sanitare regionale, în calitate de locțiitor al medicului șef de regiune. În atribuțiile sale vor intra toate problemele privind sectorul sanitaro-antiepidemic, precum și problemele similare care se realizează în cadrul regiunii prin rețeaua curativo-profilactică.

3. Propunem ca în regiunile mari, cu probleme complexe sanitaro-antiepidemice, să se creeze funcția de director adjunct al sanepidului, care să conducă efectiv sectorul sanitaro-antiepidemic din sanepid. Acesta, împreună cu șeful secțiilor de laborator (înglobate funcțional în secțiile respective) și șeful stației D.D.D. (acolo unde aceasta va exista individualizată) vor forma cele trei ajutoare de bază ale inspectorului sanitar de stat în coordonarea și controlarea desfășurării activității.

Prin concentrarea în persoana unui conducător a problemelor sanitaro-antiepidemice din centrul sanitaro-antiepidemic, pe de o parte se creează din timp o rezervă de cadre de conducere, iar pe de alta se dă posibilitate inspectorului sanitar de stat să aibă un colaborator apropiat, care să-l secondeze în munca sa și să-l suplinească la nevoie.

4. O problemă care trebuie dezbătută o constituie înființarea unei „secții de avizări", proiect spre care se tindea la un moment dat în centrala Ministerului Sănătății.

Considerăm înființarea unei secții speciale de avizare ca fără operativitate practică și chiar neprincipială.

Unificarea Inspecției sanitare de stat cu centrul sanitaro-antiepidemic s-a făcut și pentru a se asigura o legătură strînsă între controlul sanitar preventiv și cel curent. Înființarea unei secții speciale pentru avizări sau expertize nu face altceva decît dă posibilitatea de a se reveni la situația artificială existentă pînă în prezent și anume face posibilă separarea controlului sanitar preventiv de controlul sanitar curent. Ca atare, propunem să nu se înființeze secția de avizări sau expertize (de altfel, munca de control preventiv nu se reduce numai la aceste operații), iar controlul sanitar preventiv să fie realizat în cadrul secțiilor de igienă din sanepid, de cadrele cele mai competente, completate la nevoie cu tehnicienii și specialiștii nemedicali necesari.

5. Întrucît prin unificare, actuala legiferare de stat asupra organizării și funcționării Inspecției sanitare de stat și sectorului sanitaro-antiepidemic este depășită (H.C.M. nr. 2566/1953 și H.C.M. nr. 2564/1953) și va fi necesară o nouă legiferare asupra organizării și funcționării sectorului sanitaro-antiepidemic, considerăm necesar ca Ministerul Sănătății,

prin Inspecția sanitară de stat și Direcția antiepidemică, să pregătească de pe acum elaborarea regulamentului de organizare și funcționare a centrelor sanitaro-antiepidemice, spre a se veni de la început în sprijinul unificării, prin clarificarea oficială a organizării, funcționării, sarcinilor, atribuțiilor și drepturilor organelor și persoanelor.

Articol intrat în redacție în iunie 1956.

---

*Studiul urgențelor chirurgicale abdominale în staționarul spitalului „Bernat Andrei" din Capitală**

Dr. **O. Rațiu**, dr. **S. Weintraub**, dr. **C. Constantinescu**

Dacă cercetăm statistica mortalității unui serviciu de chirurgie sîntem impresionați de proporția însemnată pe care o ocupă urgențele în general. De pildă, în clinica noastră urgențele chirurgicale din ultimii doi ani (1954—1955) reprezintă 33,7% din bolnavii care au decedat. Cu alte cuvinte, din trei decedați, unul a fost o urgență chirurgicală.

Din grupul acesta al urgențelor, 43% reprezintă grupul de urgențe abdominale de care ne ocupăm [1].

De ce urgențele chirurgicale, în special cele abdominale, sînt grevate de o mortalitate atît de însemnată și prin ce fenomene sucombă acești bolnavi ?

Căutînd să răspundem la această primă întrebare, prin adîncirea studiului nostru, am ajuns fatal la problemele de depistare, curative și organizatorice legate de urgențe și a căror cercetare constituie scopul lucrării de față.

DATE STATISTICE

Studiul nostru se întinde pe o perioadă de doi ani, 1954 și 1955, totalizînd 266 de urgențe abdominale la 3 734 de operați.

Din punct de vedere al proveniență acestora, graficul nr. 1 arată cifrele globale și proporția celor din teritoriu față de cei extraraionali.

În graficul 2 sînt reprezentate urgențele după tipul de afecțiune.

Se observă frecvența apendicitei acute, care totalizează mai bine de jumătate din cazuri. Din grupul larg al apendicitei acute ar trebui diferențiată apendicita acută simplă, fără reacție peritoneală, de apendicitele acute cu sau fără perforație, însoțite de peritonită localizată sau generalizată. Acestea din urmă reprezintă 26% din totalul apendicitelor acute. Urmează în ordine: eventrațiile și herniile strangulate (19%), ulcerele perforate (9%), ocluziile intestinale (7%), colecistita acută (4,4%) și

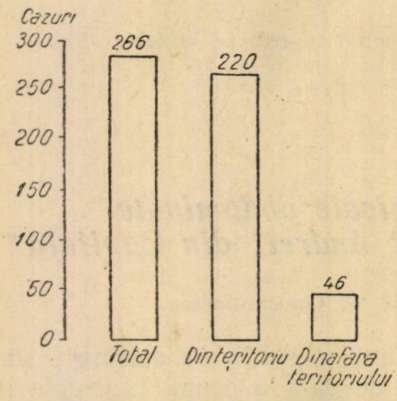
---

* Lucrare executată în Clinica a V-a Chirurgicală, Spitalul „Bernat Andrei", director conf. I. Juvara.

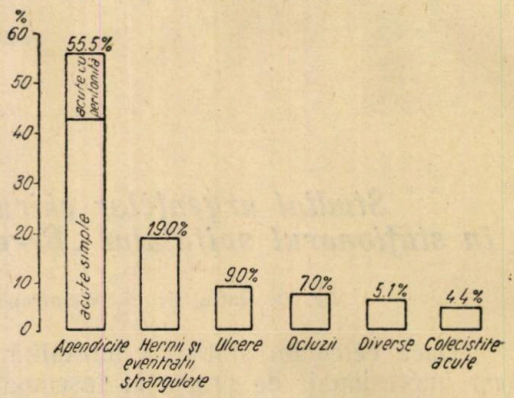
[1] Studiul de față se limitează la cercetarea sub diverse aspecte a unui grup restrîns de urgențe abdominale, anume acelea mai des întîlnite: ulcer perforat, apendicită acută, hernie strangulată, ocluzie intestinală, peritonită.

diverse (5,1%) (sarcină extrauterină, infarct mezenteric, torsiuni ale chisturilor de ovar, pancreatită acută etc.).

Graficele 3 şi 4 se referă la indicele de internare a urgenţelor abdominale la bolnavii din raion sau extraraionali în anii 1954—1955.

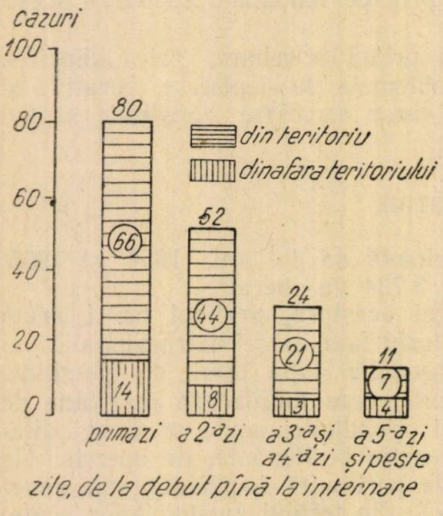


Grafic 1. — Urgenţe abdominale (1954 + 1955)

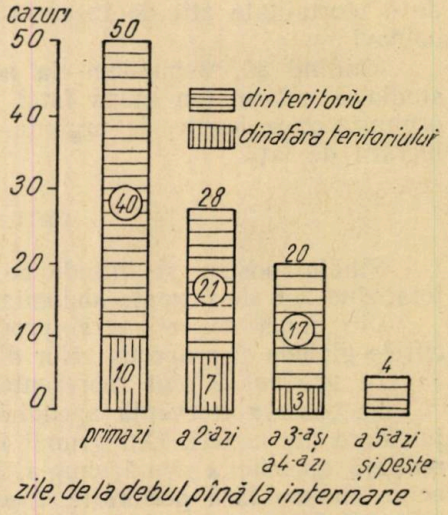


Grafic 2. — Urgenţele abdominale, după tipul de afecţiune

Graficul 5 reprezintă indicele de operabilitate de urgenţă (primele 6 ore) în abdomenul acut.



Grafic 3. — Indicele de internare 1954



Grafic 4. — Indicele de internare 1955

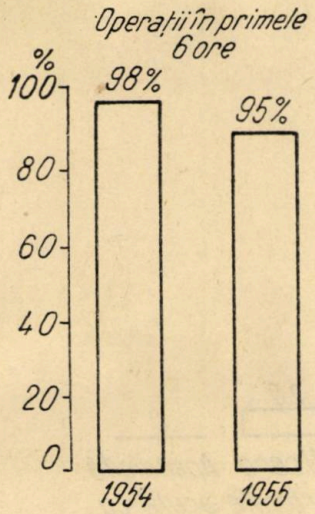
Graficele 6 şi 7 reprezintă mortalitatea globală în urgenţele abdominale şi repartizarea deceselor pe tipuri de afecţiuni.

Se remarcă că ocluzia intestinală este una dintre cele mai importante cauze de deces în urgenţele abdominale, după care urmează herniile strangulate.

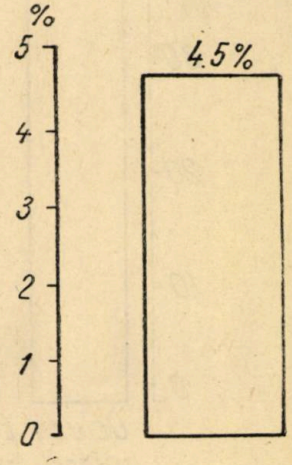
In graficul 8 am căutat să prezentăm mortalitatea operatorie pe afecţiuni.

Se observă că mai mult de 1/3 dintre bolnavii cu ocluzie operaţi au decedat.

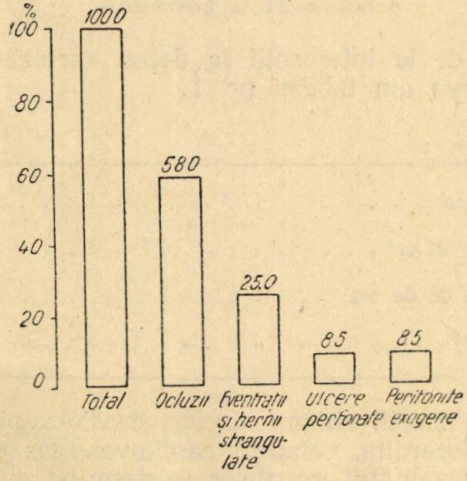
Este important procentajul mortalităţii din cauza ocluziilor faţă de



Grafic 5. — Indice de operabilitate



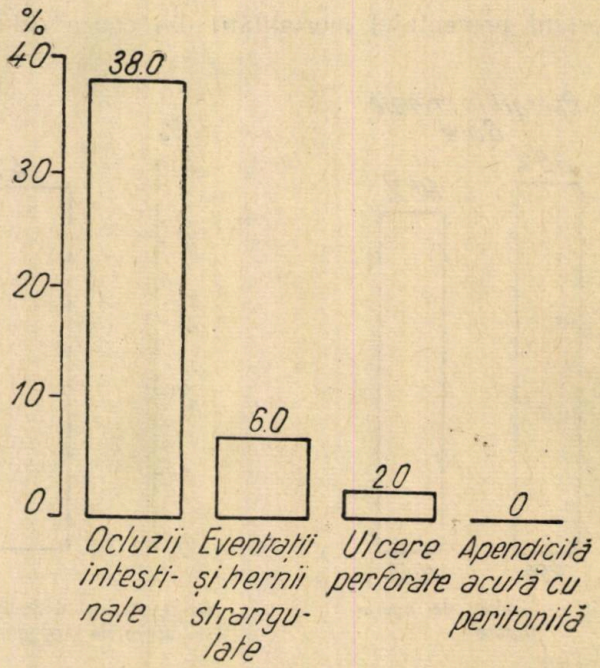
Grafic 6. — Mortalitatea în urgenţele abdominale



Grafic 7. — Distribuţia deceselor pe grupe de afecţiuni

celelalte afecţiuni acute care au dus la deces. De remarcat lipsa mortalităţii în sectorul apendicitelor, chiar la cele gangrenoase, perforate şi cu peritonită generalizată.

În ceea ce privește indicele de depistare la bolnavii care au decedat, acesta este foarte ridicat. Bolnavii s-au prezentat între una pînă la zece zile de la debutul acut al afecțiunii, media fiind de 3,3 zile.



Grafic 8. — Mortalitatea operatorie pe afecțiuni principale (la % intervenții)

Timpul scurs de la intervenții la deces variază între 1 și 7 zile, după cum se observă din tabelul nr. 1.

Tabelul 1

Decese intraoperatorii	3 (25%)
Decese în primele 24 ore	6 (50%)
Decese în primele 48 de ore	2 (16,6%)
Decese în a 7-a zi	1 (8,4%)

Printre cauzele morții citățm: sincopa cardio-respiratorie, șocul operator, azotemia, miocardita, colapsul cardio-vascular etc.

Din analiza mortalității urgențelor se desprind numeroase constatări asupra cărora vom reveni în cursul expunerii noastre; atragem însă atenția asupra unui factor comun care prin repetarea lui devine caracteristic: *uneori bolnavii ajung tîrziu la chirurg.*

Care sînt cauzele acestor întîrzieri? a fost întrebarea la care am căutat să răspundem aprofundînd problemele ridicate de depistarea urgențelor.

Metoda de lucru pe care am folosit-o a fost cercetarea foilor de observaţie ale tuturor bolnavilor care au fost internaţi în spital după 48 de ore de la debutul afecţiunii. Ne-a fost de un real folos metoda folosită în clinică pentru înregistrarea şi consemnarea datelor în legătură cu depistarea, asupra căreia vom reveni. Din cercetarea noastră rezultă că motivele întîrzierii pot fi grupate în :

a) cauze care privesc bolnavul şi anturajul ;

b) cauze care privesc cadrele sanitare şi organizarea asistenţei de urgenţă pe teritoriu.

a) *Cauze care privesc bolnavul sau familia lui.* Dintre bolnavii cercetaţi de noi, 80% au fost internaţi tîrziu în staţionar, pentru că n-au solicitat asistenţa medicală decît în ziua internării. Aceasta reprezintă un *indice de solicitare* a asistenţei medicale foarte scăzut. De exemplu : din 5 bolnavi cu o afecţiune gravă abdominală, numai unul s-a adresat medicului în timp util, iar din 5 bolnavi care nu s-au prezentat la medic sau n-au solicitat vizita medicului la începutul bolii, unul a decedat. Iată cifre care sînt impresionante şi care ar trebui să fie cunoscute de populaţie. Cercetînd care bolnavi solicită tîrziu ajutorul medicului de teren sau se prezintă direct la camera de gardă a spitalului, atunci cînd boala, avansînd, a devenit insuportabilă, constatăm că marea lor majoritate sînt persoane fără ocupaţie, casnice, soţii de salariaţi sau cetăţeni neîncadraţi în cîmpul muncii.

Iată cîteva exemple :

Bolnava S. E. (F.O. nr. 2 085), de 42 de ani, casnică, suferind de apendicită acută perforată cu peritonită generalizată, a solicitat ajutorul medical după 4 zile de la debutul afecţiunii. A fost internată şi operată după 6 ore de la depistare ; vindecată.

Bolnava M. V. (F.O. nr. 1 029), de 17 ani, suferind de apendicită acută gangrenoasă cu peritonită generalizată, a chemat medicul a 5-a zi de la debutul crizei apendiculare. A fost internată şi operată în ziua depistării ; vindecată.

Bolnava K. G. (F.O. nr. 15), de 62 de ani, suferind de hernie crurală dreaptă strangulată, a chemat medicul a 5-a zi de la încarcerare. A fost internată şi operată de urgenţă ; vindecare.

Bolnavul A. S. (F.O. nr. 156 B 29/1—1954), de 89 de ani, fără profesie, solicită medicul după 7 zile de la strangularea unei vechi hernii crurale. La operaţia de urgenţă se găseşte gangrena intestinului strangulat şi se face rezecţie de intestin ; exitus după 5 ore de la intervenţie.

Bolnavii încadraţi în cîmpul muncii, prin forţa lucrurilor, anunţă serviciul şi medicul de întreprindere, de afecţiunea care-i reţine la pat, fapt care are ca urmare o depistare mai bună. Totuşi şi la aceşti bolnavi găsim uneori un indice de solicitare slab.

Iată un exemplu :

Bolnava I. J. (F.O. nr. 1 920), de 21 de ani, muncitoare la I.T.B., cheamă medicul de întreprindere după 4 zile de la debutul unei apendicite acute cu peritonită generalizată. A fost operată de urgenţă în ziua depistării.

Aceste cazuri sînt însă mai rare ; din cei 12 bolnavi care au venit tîrziu la medic şi care au decedat, numai 2 erau în cîmpul muncii, restul fiind fără profesie, pensionari sau casnici.

Substratul acestor *întîrzieri de prezentare la medic* sau a nesolicitării lui nu poate fi decît *lipsa educaţiei sanitare,* resimţită mai ales la persoanele fără ocupaţie sau casnice.

Acestea neglijează gravitatea afecțiunii lor prin necunoștință de cauză ori se tratează singuri, empiric sau cu concursul unor farmaciști care, solicitați fiind, fac „recomandații medicale". Alții nu au încredere în recomandările medicului chemat și *refuză internarea.* Toți aceștia ajung cu mare întîrziere la actul operator.

Dăm cîteva exemple :

Bolnavul D. S. (F.O. nr. 971), director de întreprindere, este văzut în plină colică apendiculară de medicul întreprinderii, care cheamă în consult pe medicul primar chirurg al staționarului. Acesta sfătuiește pe pacient să se interneze în clinică pentru a fi operat de urgență. Bolnavul, de teama operației, refuză cu încăpățînare internarea. În zilele următoare ia și un purgativ, după care familia îl internează în stare gravă, la 8 zile de la debutul afecțiunii. La intervenție se găsește un apendice perforat cu abces periapendicular.

Bolnava L. M. (F.O. nr. 1 600), de 56 de ani, casnică, suferind de hernie inghinală dreaptă strangulată, este văzută în prima zi de boală de medicul de teren al policlinicii respective, care-i face biletul de internare de urgență. Bolnava refuză internarea, pe care o întîrzie astfel cu 5 zile.

Bolnavul M. I. (F.O. nr. 1 844), de 53 de ani, dentist, domiciliat în provincie, este văzut de medic în prima zi de boală. Cu diagnosticul de apendicită acută, i se recomandă intervenția chirurgicală. Bolnavul refuză internarea sub motivul că dorește să fie operat numai într-o clinică din București. După 4 zile de la debut, bolnavul a fost operat în clinica noastră pentru apendicită acută gangrenoasă cu peritonită generalizată. Evoluția clinică a fost destul de gravă, bolnavul necesitînd o cantitate apreciabilă de antibiotice și o perioadă de spitalizare postoperatorie prelungită.

b) *Cauze care privesc cadrele sanitare și organizarea asistenței de urgență.* Statistica noastră arată că în 20% din cazuri, cauza întîrzierii actului operator o constituie o lipsă a cadrelor sanitare. Ne întrebăm dacă nu sînt cazuri în care depistarea tardivă este datorită unei întîrzieri a răspunsului cadrului sanitar la solicitarea bolnavului.

Este grăitoare în acest sens observația bolnavului B. S. (F.O. nr. 450), de 70 de ani, din com. Greaca, raionul Oltenița.

După 2 zile de la debutul bolii (volvulus de sigmoid), pacientul este examinat și tratat de o soră de la dispensarul din provincie. Starea agravîndu-se, este transportat în București, unde se prezintă la camera de gardă a Spitalului „Bernat Andrei". Aci, *la 8 zile de la debut, este examinat pentru prima oară de un medic.* La intervenția de urgență s-a găsit necroza sigmoidului — colectomie — exitus.

Dacă în teritoriul Spitalului „Bernat Andrei" nu s-au semnalat astfel de triste excepții, poate că întîrzierea medicului de teren la solicitare este explicată de alte două aspecte : intervenția în foarte multe cazuri a medicilor practicieni străini de rețea sau prezentarea bolnavilor direct la camera de gardă a spitalului, atunci cînd suferința lor s-a agravat. Factorul cel mai important în problemele de depistare rămîne tot *stabilirea precoce a dignosticului.*

Diagnosticul unei „urgențe abdominale" rămîne o problemă dificilă a practicii medicale și înainte de a vorbi de incompetența anumitor cadre trebuie să subliniem dificultățile de care ne izbim uneori în stabilirea diagnosticului, chiar la nivelul staționarului, unde dispunem de alte posibilități decît cele la îndemîna medicului de teren.

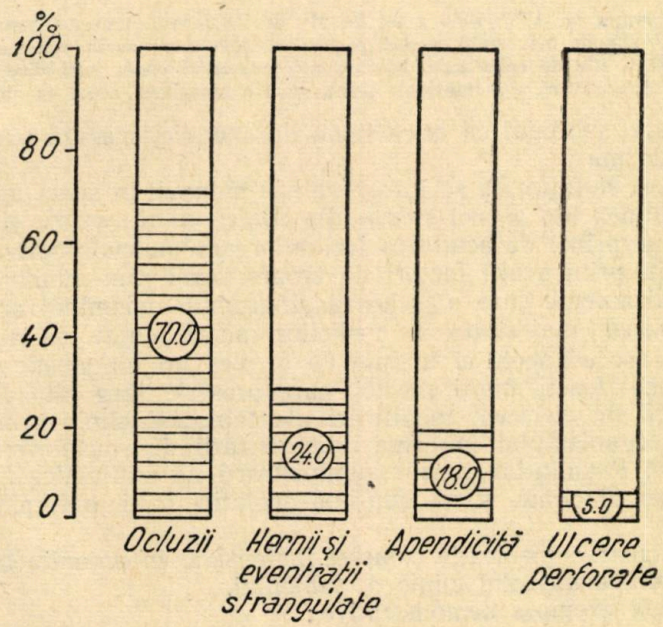
In cercetarea noastră am găsit și cazuri de incompetență medicală.

De exemplu : bolnavul B. M. (F.O. nr. 69), de 46 de ani, tîmplar, suferind de apendicită acută gangrenoasă și peritonită, este văzut de medicul de teren în primele 24 de ore, care-i recomandă tratament medical, penicilină și clisme ; după alte 48 de ore bolnavul se prezintă singur la camera de gardă.

Sau observaţia 2 423 a bolnavei C. M., de 40 de ani, care la primele simptome ale unei apendicite acute ia o doză de sulfat de sodiu. După 3 zile se prezintă la camera de gardă a Spitalului „Bernat Andrei", unde medicul de gardă (internist) îi recomandă antispastice şi o trimite la domiciliu. Bolnava revine a doua zi şi este internată şi operată de urgenţă pentru apendicită gangrenoasă cu peritonită localizată.

În interpretarea acestor cazuri trebuie păstrată o rezervă, cunoscută fiind posibilitatea modificărilor tabloului clinic într-un interval de timp de cîteva ore.

În cea mai mare parte a cazurilor, diagnosticul de urgenţă abdominală este stabilit cu întîrziere din motive obiective. Cercetînd care sînt afecţiunile chirurgicale de urgenţă în care precizarea diagnosticului este făcută cu întîrziere, am constatat (graficul 9), că sînt depistate cu întîrziere 70% din ocluziile intestinale, 24% din herniile şi eventraţiile strangulate, 18% din apendicita acută şi complicaţiile ei şi 8% din ulcerele perforate.



Grafic 9. — Întîrzieri de peste 48 ore în stabilirea diagnosticului

Este lesne de înţeles că brutalitatea cu care se instalează sindromul de perforaţie a ulcerului şi reacţia peritoneală secundară uşurează stabilirea diagnosticului de urgenţă abdominală. Spre deosebire de sindromul de perforaţie, ocluzia intestinală, prin debutul şi evoluţia lentă, în unele cazuri, se pretează la erori sau neprecizare de diagnostic. Acest fenomen este cu atît mai des întîlnit, cu cît obstacolul este mai jos situat: în special volvulusul colonului sigmoid. Semnalăm de asemenea dificultăţi de diagnostic la bolnavii cu subocluzie (prin neoplasme), la care, pe fondul cronic, apare episodul acut, sau la cei cu ocluzii recidivante prin bride sau periviscerită. Reactivitatea acestor bolnavi este mai ştearsă şi în general sindromul ocluziv este mai puţin zgomotos.

Citãm un caz de ocluzie recidivantă prin periviscerită pe care unul dintre noi a avut ocazia să-l opereze în mai multe rînduri. La acest bolnav s-a intervenit de 12 ori şi de fiecare dată era izbitoare rezistenţa organismului şi starea generală bună, în opoziţie cu fenomenele abdominale, care arătau o ocluzie avansată. Este de remarcat faptul că organismul suportă mult mai bine ocluziile prin procese de periviscerită sau bride, decît cele prin torsiuni, în care sistemul neuro-vascular este interesat.

Explicarea întîrzierilor la intervenţii a herniilor sau eventraţiilor strangulate rezidă în faptul că, în unele cazuri, procesul de încarcerare sau strangulare se face lent sau în etape. Alţi bolnavi, care au mai avut crize de încarcerare remise spontan în antecedente, aşteaptă sau încearcă să-şi facă singuri reducerea sacului.

In ceea ce priveşte *simptomatologia frustă* a urgenţelor abdominale, noi am găsit-o într-o proporţie de 4% din cazurile depistate cu întîrziere.

Citãm observaţia nr. 1 773/1954 a lui D. M., de 50 de ani, profesor, care a fost văzut în interval de 7 zile de mai mulţi medici particulari, apoi internat în staţionar de medicul policlinicii. După 6 zile de spitalizare, în care nici examenul clinic, nici diversele explorări nu au clarificat diagnosticul, s-a intervenit şi s-a găsit o apendicită acută cu abces retrocolic.

Aci trebuie subliniat că orice semn de apendicită acută reprezintă un semnal de alarmă.

Nu rareori se întîmplă să intervenim la bolnavi, în speţă apendiculari, la care afecţiunea are aspect şi evoluţie clinică de tip cronic şi la deschidere să fim surprinşi de acuitatea leziunilor anatomopatologice, şi invers.

In sfîrşit, printre alţi factori de eroare reamintim administrarea diverselor medicamente care maschează sindromul abdominal acut.

Dacă marea majoritate a medicilor au renunţat să administreze morfină sau succedaneele ei înainte de a avea un diagnostic de certitudine, sînt încă foarte mulţi medici care prescriu larg alte diverse calmante. Astfel am observat modificări ale tabloului clinic prin ştergerea reactivităţii organismului în urma administrării de spasmoverin picături în doză forte. Reamintim abuzul administrării de antibiotice care pot să modifice aspectul clinic şi să imprime evoluţiei bolii o torpiditate înşelătoare.

Uneori, chiar o medicaţie complet inofensivă, în anumite împrejurări, poate să modifice aspectul clinic al tabloului.

Dăm două exemple demonstrative:

Bolnava A., de 60 de ani (F.O. nr. 2 087/1955), se internează de urgenţă cu diagnosticul de abdomen acut (apendicită acută ?). Medicul chirurg de gardă găseşte un abdomen foarte dureros şi apărare musculară în jumătatea dreaptă. Pentru că bolnava era deshidratată, pînă la sosirea medicului primar de gardă chemat în consult i se administrează soluţie glucozată 5% în perfuzie intravenoasă, după care bolnava face un frison puternic cu hipertermie (39,4°). La venirea medicului primar, acesta găseşte bolnava febrilă, cu abdomen suplu complet nedureros, cu excepţia punctului pielic drept, sensibil la apăsare. Cum în simptomatologia anterioară existau şi fenomene urinare şi frisonete, iar bolnava era o veche colibacilară, s-a interpretat cazul ca o pielită colibacilară, recomandîndu-se temporizarea. După 6 ore, sindrom de abdomen chirurgical acut. La deschidere, apendicită gangrenoasă cu peritonită generalizată.

Într-un al doilea caz: I. Gh. (F.O. nr. 2 128), suferind de tuberculoză pulmonară şi peritonită acută generalizată exogenă în urma unui pneumoperitoneu terapeutic făcut la dispensarul de tuberculoză; dispariţia sindromului abdominal acut constatat de medicul de gardă este secundară unui frison violent după soluţie cloruro-sodică izotonică injectată subcutanat.

De data aceasta, medicul primar avizat a supravegheat bolnavul timp de 3 ore, după care contractura abdominală a reapărut, reclamînd operaţia de urgenţă.

Valoarea diagnosticului radiologic nu a fost evidenţiată la nivelul reţelei. Extrem de puţini dintre bolnavii internaţi au beneficiat de această explorare.

La nivelul staţionarului am folosit explorarea radiologică în cazurile dubioase de perforaţie gastro-duodenală şi în ocluziile intestinale.

La mai mulţi bolnavi la care simptomatologia clinică era extrem de frustă, examenul radioscopic baritat, practicat de urgenţă, a arătat pătrunderea bariului în peritoneu sau pneumoperitoneul suprahepatic.

Ne-am izbit de greutatea practicării sistematice a examenului radiologic de urgenţă, prin faptul că nu dispunem de un serviciu propriu de radiologie, care ar fi accesibil la orice oră.

PROBLEMELE CURATIVE

Urgenţele abdominale au ridicat la nivelul staţionarului numeroase probleme de indicaţie, tactică şi tehnică chirurgicală. Am căutat să le rezolvăm adoptînd o conduită unitară, în scopul de a scădea mortalitatea şi a reduce timpul de spitalizare şi consumul de medicamente.

În acest sens, *alegerea momentului intervenţiei* apare ca una dintre primele probleme de discutat.

Credem că imperiozitatea efectuării actului operator în primele 6 ore, socotind această atitudine ca maximum de eficienţă a muncii curative chirurgicale, este o noţiune care trebuie revizuită.

Dacă eficienţa reţelei poate fi apreciată prin indicii de depistare şi de internare, la nivelul staţionarului, *nu* indicele operabilităţii de urgenţă este cel care informează asupra calităţii muncii, ci reducerea mortalităţii, a complicaţiilor postoperatorii şi a zilelor de spitalizare.

Experienţa clinică din ultimii ani în materie de şoc şi reechilibrare hidro-electrolitică aduce în unele urgenţe abdominale o nouă atitudine.

Temporizarea activă. Am folosit această asociere de noţiuni tocmai ca să diferenţiem o aşteptare pasivă, care ar fi dezastruoasă, de ceea ce înţelegem prin temporizare activă, perioada variabilă ca timp, în care chirurgul îşi valorifică cunoştinţele fiziopatologice, care trebuie să dubleze tehnica chirurgicală pentru a da maximum de securitate actului operator.

Dacă aceste afirmaţii apar exagerate în ceea ce priveşte o apendicită acută sau o hernie strangulată de cîteva ore, ele devin o realitate în materie de ocluzii intestinale, ulcere perforate sau hemoragice, peritonite avansate.

Într-adevăr, aceşti bolnavi se prezintă chirurgului sub două mari aspecte: *de şocat* sau de *profund intoxicat,* cu alterări importante ale constantelor biologice, în special ale mediului intern. Întreprinzînd, deci, o nouă agresiune printr-o intervenţie chirurgicală de urgenţă, fără a corecta aceste stări, este de la sine înţeles că nu se realizează decît o accentuare a fenomenelor morbide şi rezultatul obţinut nu va fi cel sperat.

La bolnavii în şoc este necesară deşocarea, utilizînd toate mijloacele

de care dispunem. Ne-a dat o deosebită satisfacţie asocierea calmantelor obişnuite cu perfuziile intravenoase de novocainâ (100—150 ml 0,75%) sau cu amestecurile litice (dolantin, fenergan, largactil etc.), perfuziile de sînge şi oxigenoterapia, cînd era cazul.

La bolnavii cu ocluzii intestinale avansate, care au dus la o profundă alterare a stării generale, temporizarea activă s-a dovedit a fi eficace.

Aspiraţia intestinală cu sonda Miller-Abbot şi menţinerea unui bilanţ hidro-electrolitic şi nutritiv cît mai corect ne-au permis temporizarea necesară pentru a putea interveni cu succes.

Laboratorul clinicii şi al staţionarului ne-a fost de un real folos în urmărirea modificărilor dinamice ale constantelor biologice şi ale echilibrului umoral, în special datele de crioscopie şi rezistivitate electrică a plasmei.

Fişele tip de reechilibrare după modelul clinicii au permis înscrierea şi urmărirea grafică a acestora.

In ocluziile prin volvulus de sigmoid, o metodă care ne-a dat în unele cazuri satisfacţie deplină a fost detorsionarea cu sonda Faucher introdusă cu ajutorul rectosigmoidoscopului.

Redăm observaţiile bolnavei G. O. (F.O. nr. 830/1955), de 80 de ani, care se reinterneazâ la 72 de ore de la debut, pentru volvulus de sigmoid recidivant. În cele două intervenţii anterioare, starea generală şi vîrsta n-au permis decît detorsionarea şi colopexia ansei sigmoide. Se face detorsionarea şi cateterismul endoscopic cu tub Faucher al buclei sigmoide.

După spălarea sigmoidului, se fixează tubul la pielea perianală şi se remontează bolnava timp de cîteva zile, în care timp tubul este eliminat spontan.

Se aduce bolnava în starea de a suporta sub anestezie locală colectomia într-un timp ; după operaţie, bolnava părăseşte spitalul vindecată.

Dacă n-am fi adoptat în acest caz o astfel de conduită şi ne-am fi comportat după formula care impune la ocluzie operaţie în primele 6 ore, riscam să pierdem bolnava sau, în cel mai fericit caz, să ne rezumăm la o nouă detorsionare şi colopexie cu posibilităţi de noi recidive.

In indicaţia de urgenţă pentru ulcerul hemoragic, laboratorul ne-a fost de preţios sprijin acolo unde clinica aducea date insuficiente.

Conduita noastră a fost următoarea :

N-am intervenit niciodată într-o hemoragie digestivă la prezentare.

Dacă în interval de 24 de ore de temporizare activă şi repaus digestiv, hemoragia s-a repetat, s-a intervenit cu anestezie locală sub protecţia transfuzo-perfuziilor de sînge masive.

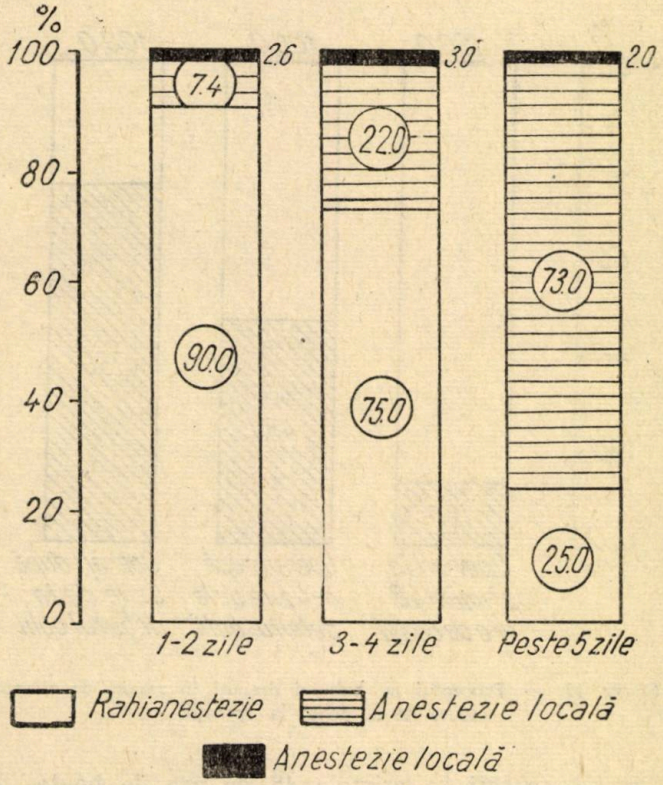
De asemenea, am intervenit în cazurile neexteriorizate clinic, atunci cînd, sub perfuzii de sînge, curba eritrocitară şi a hematocritului, completate zilnic, au arătat continuarea hemoragiei.

In sfîrşit, un alt avantaj al temporizării active este acela că permite, în unele cazuri, executarea operaţiei în momentul cel mai favorabil al profilului de muncă din staţionar.

Astfel, chirurgul de gardă îşi poate completa echipa operatoare după necesităţi şi este asistat de anestezist şi reanimatori.

Anestezia de alegere în chirurgia abdominală, bineînţeles ţinînd seama de contraindicaţii, a fost *rahianestezia.*

Statistica ne arată că la urgenţele prezentate în primele 48 de ore, rahianestezia a fost folosită în 90% din cazuri. Ea pierde pasul, treptat, ajungînd la 75% la bolnavii în a 3-a şi a 4-a zi de boală, apoi la 25% după a 5-a zi de boală. Terenul pe care-l pierde rahianestezia îl cîştigă anestezia locală şi cea generală cu NO_2-eter-oxigen cu sau fără intubaţie. In ultima vreme ne-a dat deosebită satisfacţie anestezia locală potenţată (cu dolosal-fenergan-clorpromazină).



Grafic. 10. — Anestezia în funcţie de precocitatea intervenţiei

La anestezia cu clorură de etil s-a recurs excepţional şi numai ca o completare a celorlalte anestezii. Semnalăm un deces intraoperator ca acident anestezic prin sincopă cardio-respiratorie la o bolnavă operată cu NO_2-eter-oxigen.

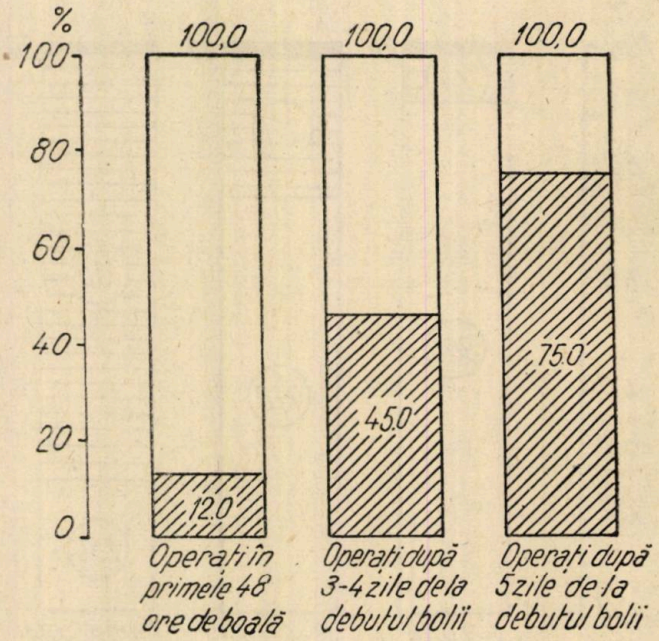
Asupra *tacticii şi tehnicii* chirurgicale nu insistăm, chirurgii adaptînduse de la caz la caz. Pentru atingerea obiectivului, subliniem că alegerea celei mai directe *căi de acces* asupra leziunii a fost preocuparea de seamă a noastră.

In cazurile cu diagnostic de organ incert am folosit calea mediană subombilicală, pe care am lărgit-o în sensul dictat de necesităţile tehnice.

De asemenea, în sindrome acute cu predominanţă în epigastru şi hemiabdomenul drept am folosit incizia de explorare Mac-Burney, bazaţi, pe de o parte, pe frecvenţa apendicitei acute, iar pe de alta, pe preferinţa noastră de a drena Douglasul prin această incizie.

DRENAJUL

În ceea ce priveşte drenajul, statistica noastră ne arată că procentul de bolnavi drenaţi creşte o dată cu timpul scurs de la debut la operaţie.



Grafic 11. — Procentul de bolnavi drenaţi în raport cu timpul scurs de la debut la operaţie

Astfel, la cei operaţi în primele 48 de ore de boală, drenajul n-a fost necesar decît la 12% din cazuri. La cei operaţi după 3—4 zile de la debut s-a drenat în 45% din cazuri. Cei operaţi după 5 zile au fost drenaţi într-o proporţie de 75% din cazuri.

Cînd starea locală şi generală necesită drenajul cavităţii, acesta a fost multiplu şi complex. Douglasul şi firida parieto-colică dreaptă au fost drenate de preferinţă prin incizia de tip Mac-Burney dreaptă sau stîngă.

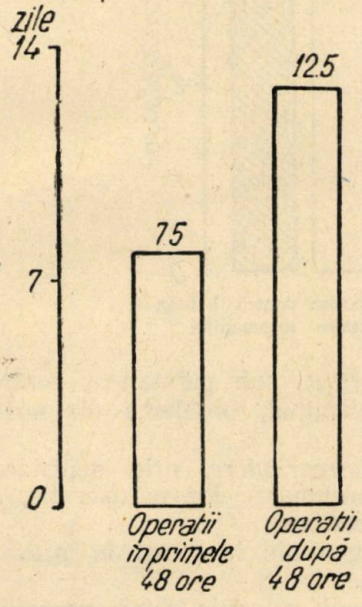
Am preferat, de asemenea, cînd a fost posibil, drenajul prin incizie separată situată decliv.

Fără a se practica metodic, unele peritonite generalizate de origine apendiculară operate precoce n-au fost drenate, evoluţia acestor cazuri fiind dintre cele mai bune.

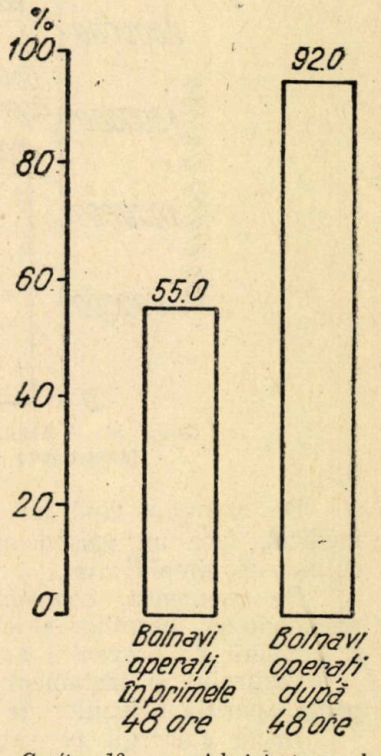
Din cercetarea evoluției postoperatorii (supurații — complicații — consum de antibiotice) se desprinde același adevăr.

Cu cît intervenția este executată mai precoce față de debutul bolii, cu atît ea e mai simplă, iar media zilelor de spitalizare este mai mică.

La cei operați în primele 48 de ore de la debut, media zilelor de spitalizare este de 7,5. La cei operați după 48 de ore se ridică la 12,5 (graficul 12).



Grafic. 12. — Durata de internare în urgențele abdominale în raport cu precocitatea intervenției



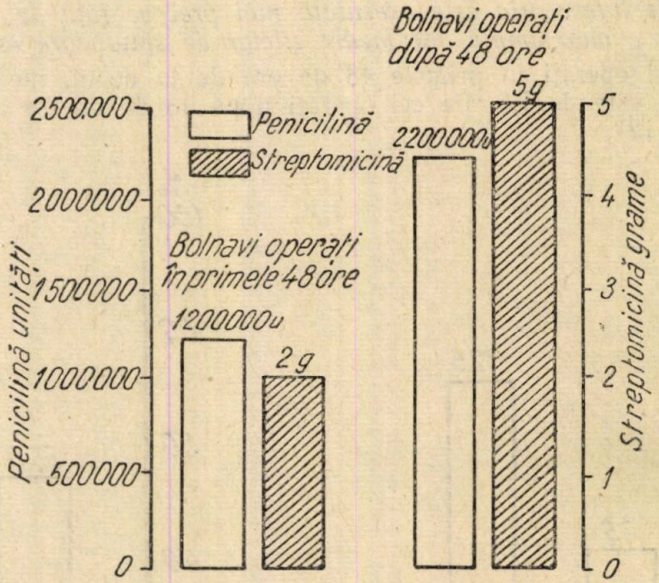
Grafic 13. — Administrarea de antibiotice în raport cu precocitatea intervenției chirurgicale

Consumul de antibiotice urmează și el curba timpului scurs de la debut la operație.

Celor operați în primele 48 de ore li s-au administrat antibiotice în 55% din cazuri. Pentru cei operați după 48 de ore de la debut au fost necesare antibioticele în 82% din cazuri. De asemenea, cantitatea mijlocie de antibiotice utilizată crește în același sens, de la media 1 200 000 u. penicilină și 2 g streptomicină la cei operați în primele 48 de ore, la media de 2 200 000 u. penicilină și 5 g streptomicină la cei operați după 48 de ore de la debut (graficul 13 și 14).

Ajunși la sfîrșitul analizei problemelor curative ale urgențelor abdominale este necesar să ne oprim asupra problemelor de organizare a asistenței chirurgicale de urgență.

1. *Profilaxia urgenţelor.* Credem, pe bună dreptate, că se poate vorbi de o profilaxie a urgenţelor, în care rolul *dispensarizării* este nepreţuit.



Grafic 14. — Cantitatea medie de antibiotice pentru 1 bolnav, întrebuinţată în raport cu precocitatea intervenţiei

De exemplu, cînd un ulceros dispensarizat, sub permanent control medical, face un episod acut peritoneo-abdominal, problema diagnosticului este simplificată.

De asemenea, *controlul medical în întreprindere,* prin depistarea apendicitelor, herniilor şi eventraţiilor şi îndrumarea lor la operaţie, ar fi o operă de prevenire a complicaţiilor acestora.

Controlul şi tratamentul inflamaţiilor genitale la femei ar preveni poate apariţia ocluziilor de origine genitală.

Înşişi chirurgii *în staţionar,* pot preveni ocluziile după operaţiile abdominale printr-o tehnică îngrijită în ceea ce priveşte hemostaza, peritonizarea suprafeţelor crude intraperitoneale, închiderea breşelor noucreate etc.

Educaţia sanitară a cetăţenilor va fi o nouă armă în profilaxia şi depistarea precoce a urgenţelor abdominale.

2. *Obligativitatea solicitării medicului* de către bolnavii salariaţi, în primele ore de la îmbolnăvire, precum şi *obligativitatea cadrelor sanitare de a răspunde la chemare în aceeaşi zi.*

3. Folosirea tuturor metodelor de investigaţii disponibile (laborator-radiologie) pentru clarificarea diagnosticului şi, în cazurile de dubiu, internarea în clinică, pentru precizarea diagnosticului şi observare medicală.

În acest scop, preferăm ca medicii de teren să păcătuiască prin exces de prudenţă. Credem că vor fi necesare şedinţe periodice cu toţi medicii spitalului, în care să se prelucreze cazurile deosebite ca interes clinic şi erorile sau întîrzierile în depistarea urgenţelor.

La nivelul staţionarului, chirurgia urgenţelor abdominale reclamă o organizare interioară dusă pînă la amănunte.

Înregistrarea urgenţelor în clinica noastră, reprezintă o preocupare deosebită. Astfel putem avea o bună evidenţă a urgenţelor şi am întocmit o statistică sistematizată a materialului clinic, care poate fi folosită oricînd.

De la internare se aplică pe foaia de observaţie o stampilă care indică :

Debutul cronic al bolii — anul . . . . . luna . . . . . .
Debutul acut al bolii — anul . . luna . . . . . ziua . . ora . . .
Depistare : primul medic . . . . . ziua . . . . . ora. . .
Prezentat camera de gardă . . . luna . . . . ziua . . . ora . . .
Internat . . . . . luna . . . . . ziua . . . . ora. . .
Operat . . . . . luna . . . . . ziua . . . . ora. . .

Medicul de gardă completează rubricile şi este instruit să insiste asupra *debutului acut* al afecţiunii, care de multe ori este greu de stabilit.

Foile de observaţie ale urgenţelor abdominale sînt trecute în dosare speciale, iar fişarea lor la fişierul pe organe şi afecţiuni se face pe o fişă specială (barată).

Pentru partea curativă a urgenţelor, organizarea internă pune la dispoziţie la orice oră aparatura şi medicamentele pentru reanimare, deşocare şi anestezie ; există în acest scop o cameră de reanimare. Echipa chirurgicală de urgenţă poate fi completată, după necesitate, cu anestezist sau reanimatori.

Echipele standard nu pot satisface în multe împrejurări urgenţele mari abdominale. De aci necesitatea unor echipe complexe, care să răspundă prompt în cazurile dificile.

Putem ilustra acest fapt prin exemplul bolnavului S. A. (F.O. nr. 3762), care se prezintă de urgenţă cu o hemoragie internă prin ruptură de splină, cu prăbuşirea T.A. la o maximă de 6, sete intensă.

Prin terapeutica de reanimare preoperatorie, T.A. creşte la 8 şi bolnavul este supus intervenţiei chirurgicale. Anestezie în circuit închis. Pe masa de operaţie, T.A. cade la 0, pulsul imperceptibil. Echipa de reanimare, prezentă, intervine energic, bolnavul fiind astfel scos din şoc. Iese vindecat din spital a 14-a zi de la intervenţie.

Este evident faptul că acest bolnav ar fi fost pierdut dacă anestezistul serviciului şi echipa de reanimare n-ar fi răspuns la solicitarea de urgenţă a serviciului.

Observaţiile clinice asupra bolnavilor decedaţi sînt sistematizate şi analizate trimestrial în şedinţele de referate. În aceste cazuri, examenul necroptic este obligatoriu.

Concluzii

Lucrarea de faţă, bazată pe date statistice cuprinzînd anii 1954—1955, prezintă aspectele organizatorice, profilactice, clinice şi teraupeutice ale urgenţelor abdominale. În toate aceste aspecte, problema depistării cît mai precoce apare ca un corolar de care trebuie să se ţină seama îndeosebi.

Printre cauzele întîrzierilor mai frecvent întîlnite în studiul nostru,

au fost în ordinea importanței: lipsa solicitării asistenței medicale și refuzul internării de teama operației. La baza acestor fapte stă insuficienta educație sanitară a populației în această problemă. Au fost rare cazurile în care întîrzierea la internare se datora unor lipsuri ale cadrelor medicale: întîrziere la solicitare sau neprecizarea diagnosticului.

In studiul clinic al abdomenului acut au fost trecuți în revistă factorii de eroare care, prin neprecizarea diagnosticului clinic, duc la întîrzierea acțiunii terapeutice. Ocluzia intestinală apare ca una dintre urgențele cu procentajul cel mai ridicat de întîrzieri peste 48 de ore în stabilirea diagnosticului.

Credem că, în anumite cazuri, problema intervenției de urgență trebuie revizuită. Astfel, pe primul plan trebuie pusă deșocarea și reechilibrarea hidro-electrolitică a acestor bolnavi.

Precocitatea actului operator se reflectă în necesitatea drenajului, în consumul de antibiotice și în numărul zilelor de spitalizare. Din punct de vedere organizatoric, la nivelul terenului trebuie pus accentul pe educația sanitară a populației. In acest scop unul dintre noi a scris o broșură despre urgențele chirurgicale (Ed. Ministerului Sănătății, Centrul de educație sanitară, 1956). O problemă organizatorică ce dă de gîndit este rezolvarea cererilor de vizite la domiciliu între ora 13 și pînă a doua zi la ora 11, interval în care policlinicile nu pot satisface terenul.

Intărirea dispensarizării și a controlului periodic din întreprinderi poate avea un rol activ în profilaxia urgențelor și în îndrumarea lor precoce la chirurg.

In cadrul staționarului, urgențele mari abdominale reclamă o organizare interioară cu echipe complexe de anesteziști, chirurgi și reanimatori, precum și aparatura necesară pentru a satisface toate cerințele.

Articol intrat în redacție în august 1956.

Studiul morbidității la copii în circumscripția urbană

Dr. V. Coroi, dr. I. Struhl, dr. M. Wender, dr. M. Duca, dr. I. Han

Studiul morbidității la copii joacă un rol important, nu numai ca element de cunoaștere a stării sanitare a populației infantile, ci și ca bază pentru măsurile curente ce trebuie luate de către instituțiile de copii.

Studierea morbidității nu trebuie să constituie o preocupare a unui cerc restrîns de specialiști statisticieni; în sistemul nostru de organizare a ocrotirii sănătății, studierea morbidității trebuie să fie o preocupare a fiecărui medic, întrucît ea furnizează elementele necesare concepерii unui plan judicios de acțiune, îndreptat împotriva morbidității și mortalității.

Metodele folosite în studierea morbidității sînt multiple, iar în jurul valorii fiecăreia în parte sînt angajate discuții în contradictoriu. Din lupta de opinii, în această problemă, a oamenilor de știință sovietici, rezultă că modul în care se efectuează astăzi studiul morbidității nu poate fi considerat mulțumitor. Din ce în ce mai mult își face loc concepția că nu boala, ci bolnavul trebuie să fie unitatea de observație a medicului și că o analiză completă și aprofundată a morbidității, cu aplicații practice nemijlocite, nu este posibilă, fără a se ține seama de aspectele ei, raportate la fiecare individ în parte.

La noi în țară, pînă astăzi, nu s-a făcut un studiu aprofundat al morbidității copiilor, luîndu-se ca unitate de observație copilul. Nu a fost folosită încă la noi metoda de studiere a morbidității care să evidențieze, pe un teritoriu dat, copiii care într-o perioadă dată de timp s-au îmbolnăvit o singură dată, de două ori, de mai multe ori, sau nu s-au îmbolnăvit de loc. Nu s-au analizat contingentele de copii, constituite pe baza vîrstei copiilor și a frecvenței îmbolnăvirilor lor, în funcție de factorii favorizanți ai îmbolnăvirilor, în funcție de formele nosologice, de repetarea și asocierea unor afecțiuni și altele.

Este evident că un studiu al morbidității efectuat după asemenea criterii are o imensă importanță practică. El oferă medicului elementele pe baza cărora, în cadrul obiectivului generic de combatere a morbidității, se evidențiază care anume copii trebuie în mod deosebit supravegheați, care anume boli trebuie în mod preferențial combătute și prin combaterea cărora anume factori favorizanți trebuie realizată reducerea morbidității respective.

Urmărind stabilirea unei metodologii perfecționate de cercetare a morbidității la copii, am studiat morbiditatea la copii între 0 și 14 ani, din trei circumscripții (circ. 20, 21 și 30) ale raionului „1 Mai" din București.

Cercetarea noastră a început la 1 aprilie 1954 și a durat pînă la 1 aprilie 1955. Ea s-a efectuat în două etape: 1 aprilie 1954 — 1 octombrie 1954 (anotimpul cald) și alta: 1 octombrie 1954 — 1 aprilie 1955 (anotimpul rece).

Circumscripțiile 20 și 21 sînt semicentrale, iar circumscripția 30 este periferică.

Indicii demografici din cele trei circumscripții (natalitate, morbiditate, mortalitate infantilă) au valori similare indicilor valabili pentru orașul București.

În circumscripțiile 20 și 21 am cercetat morbiditatea cu ajutorul unei fișe statistice de morbiditate, iar în circumscripția 30, cu ajutorul fișei de policlinică a copilului. În afară de aceasta, am folosit și celelalte forme de evidență primară existente.

Studiind morbiditatea, nu am analizat numai formele nosologice, ci și copilul, luat ca unitate de observație.

Am organizat supravegherea copiilor în aceste circumscripții după un barem de vizite, care variază după vîrsta copilului, cît și după felul problemelor ce le prezintă.

În cadrul cercetării noastre nu s-a putut respecta la toți copiii din teritoriu baremul stabilit. În consecință, nu au fost luați în considerare, pentru calculul final al diferiților indici, decît copiii între 0 și 1 an, care au fost văzuți cel puțin o dată pe lună de personal medico-sanitar, iar copiii între 1 și 14 ani care, în funcție de vîrsta lor, au fost văzuți cel puțin o dată la 2—6 luni.

Ne referim, în cele ce urmează, la prima etapă a cercetării (1 aprilie 1954 — 1 octombrie 1954).

Numărul copiilor între 0 și 14 ani, a căror morbiditate a fost studiată, este de 1 824, ceea ce, raportat la numărul copiilor în evidență (3 398), reprezintă 53,7%.

Din repartiția pe sexe a celor îmbolnăviți în perioada studiată reiese că 48,7% au fost băieți și 51,3% fete.

Repartiția pe grupe de vîrstă a lotului de copii urmăriți dă următoarele date:

Tabelul I

Repartiția pe grupe de vîrstă a lotului de copii urmăriți în cadrul studiului morbidității în cele trei circumscripții

Grupe de vîrstă	Copii			
	în evidență	îmbolnăviți în perioada de observație (în %)	rămași sănătoși în cursul perioadei de observație (în %)	urmăriți în măsură insuficientă pentru a se face aprecieri asupra stării lor de sănătate (în %)
0—11 luni	357	78,4 (280)	21,6 (77)	—
1—3 ani	901	68,5 (617)	27,3 (246)	4,2 (38)
4—6 ani	710	42,9 (305)	14,4 (102)	42,7 (303)
7—14 ani	1 430	43,5 (622)	18,8 (269)	37,7 (539)
Total	3 398	53,7 (1 824)	20,4 (694)	25,9 (880)

Se constată că la grupa între 0 şi 11 luni, 21,6% şi la grupa între 1 şi 3 ani, 27,3% din copii nu s-au îmbolnăvit în perioada analizată de noi. La grupele mai mari de vîrstă este de presupus că un procent mai mare de copii au rămas sănătoşi în perioada cercetată. Nerealizîndu-se însă o intensitate corespunzătoare a supravegherii, nu se pot furniza cifre exacte în această privinţă.

Explicaţia necuprinderii unui număr apreciabil de copii între 4 şi 14 ani în sistemul de supraveghere iniţiat rezidă în faptul că unii copii au fost plecaţi în colonii şi tabere sau au lipsit din alte motive în timpul verii; pe de altă parte, unii din aceşti copii frecventează colectivităţile preşcolare şi şcolare din alte raioane, care nu au fost cuprinse în cercetare.

Procentul copiilor care s-au îmbolnăvit în perioada cercetată variază în funcţie de grupa de vîrstă. El descreşte pe măsura creşterii în vîrstă a copiilor (tabelul 1).

Dintre copiii bolnavi, un mare număr s-a îmbolnăvit de mai multe ori în decursul celor 6 luni ale cercetării.

Referindu-ne la frecvenţa îmbolnăvirilor, obţinem următoarea situaţie, exprimată în tabelele 2 şi 3.

Tabelul 2

Frecvenţa îmbolnăvirilor la copii îmbolnăviţi în perioada cercetată

Total copii îmbolnăviţi	S-au îmbolnăvit				
	o dată	de 2 ori	de 3 ori	de 4 ori	de 5 şi mai multe ori
100% 1 824	45,8% 835	22,1% 402	13% 237	7,2% 132	11,9% 218

Tabelul 3

Repartiţia pe grupe de vîrstă a frecvenţei îmbolnăvirilor

Grupe de vîrstă	Copii care s-au îmbolnăvit				
	o dată	de 2 ori	de 3 ori	de 4 ori	de 5 şi mai multe ori
0—11 luni	23,6% 66	27,1% 76	14,3% 40	10,7% 30	24,3% 68
1—3 ani	30,8% 190	21,9% 135	16,8% 104	10,7% 66	19,8% 122
4—6 ani	53,5% 163	23,6% 72	10,8% 33	4,9% 15	7,2% 22
7—14 ani	66,9% 416	19,1% 119	9,6% 60	3,4% 21	1% 5

Din repartiţia pe grupe de vîrstă a frecvenţei îmbolnăvirilor rezultă (tabelul 3) că 24,3% dintre copiii între 0 şi 11 luni au prezentat cinci sau mai multe îmbolnăviri, în decurs de 6 luni. Unii dintre aceşti

copii au avut chiar 10 — 12 recăderi. Proporţia de copii cu o singură îmbolnăvire din această grupă de vîrstă se ridică numai la 23,6%.

La grupele de vîrste mai mari, procentul copiilor care prezintă o singură îmbolnăvire creşte, în timp ce procentul copiilor cu îmbolnăviri repetate în decurs de 6 luni scade simţitor.

Astfel, la grupa între 1 şi 3 ani, numărul copiilor cu o singură îmbolnăvire este de 30,8%, iar cel cu cinci sau mai multe îmbolnăviri de 19,8%, în timp ce la grupa de 7—14 ani, proporţia copiilor cu o singură îmbolnăvire este de 66,9%, iar cea cu cinci sau mai multe îmbolnăviri este de 1%.

Din analiza efectuată a mai reieşit că 58,8% dintre copiii între 0 şi 11 luni, care au prezentat cinci sau mai multe îmbolnăviri, au fost distrofici şi 41,2% din ei rahitici, iar din grupa copiilor între 1 şi 3 ani, 34,4% au fost distrofici şi 30,3% rahitici.

De asemenea, şi din grupele mai mari de vîrstă, copiii cu mai multe îmbolnăviri au fost în bună parte hipotrofici.

In cursul cercetării s-au înregistrat 4 274 de cazuri noi de îmbolnăviri. Dintre aceştia, numai 3,6% (152) au fost înregistraţi la nivelul colectivităţii (şcolilor) de copii.

Tabelul 4

Repartiţia pe sexe şi grupe de vîrstă a îmbolnăvirilor înregistrate

Total cazuri	Sex		Grupe de vîrstă			
	M.	F.	0—11 luni	1—3 ani	4—6 ani	7—14 ani
100% 4 274	51,6% 2 208	48,4% 2 066	21,6% 922	42,2% 1 803	13,7% 585	22,5% 964

Din datele tabelului 4 se constată că procentul îmbolnăvirilor la băieţi este cu puţin mai mare decît la fete, iar grupa de vîrstă la care s-au înregistrat cele mai multe îmbolnăviri este grupa între 1 şi 3 ani (42,2%). Raportînd însă numărul copiilor de o anumită vîrstă care s-au îmbolnăvit la numărul de copii în evidenţă, din respectivele grupe de vîrstă (tabelul 1) reiese că cea mai mare incidenţă a îmbolnăvirilor o prezintă, nu grupa de vîrstă între 1 şi 3 ani, ci aceea a sugarilor.

Analizînd structura morbidităţii pe clase de boli după nomenclatura şi clasificarea bolilor de copii, elaborată în cadrul cercetării noastre, în ordinea frecvenţei apariţiei bolilor (tabelul 5) se constată următoarele:

Prezentăm, în cele ce urmează, datele de amănunt ale analizei, referitor la clasa „boli ale aparatului respirator" şi la clasa „boli ale aparatului digestiv şi de nutriţie", valabile pentru perioada 1.IV.1954 — 1.X.1954.

Din datele tabelului 7 rezultă că numărul cel mai mare de infecţii acute ale căilor aeriene superioare s-a înregistrat la copii între 1 şi 3 ani; de fapt, însă, din corelarea numărului de îmbolnăviri cu numărul de copii în evidenţă, pe grupe de vîrstă, rezultă că din totalul copiilor între 0 şi 1 an s-au îmbolnăvit de infecţii acute ale căilor aeriene supe-

Tabelul 5

Structura morbidității cercetată pe clase de boli

Clasa de boli	In%	Față de total
Total cazuri	100	4274
Boli ale aparatului respirator	29,3	1249
Boli oto-rino-laringologice	18,5	785
Boli ale aparatului digestiv și de nutriție	11,9	508
Boli transmisibile	8,8	373
Boli ale cavității bucale și dinți	7,5	323
Boli de metabolism, boli carențiale și tulburări alergice	5,7	244
Boli de piele	3,9	169
Boli parazitare	2,1	89
Boli de ochi	2,0	84
Boli prin agenți fizici și chimici	1,5	66
Boli specifice ale nou-născutului	0,7	31
Boli ale sistemului hematopoetic	0,6	25
Boli de rinichi, organe urinare și genitale	0,3	13
Boli ale sistemului nervos și învelișurilor sale	0,2	11
Boli endocrine	0,1	5
Reumatism	0,1	6
Boli ale aparatului circulator	0,04	2
Boli neincluse în clasificare și cu denumiri neprecise	6,8	291

Tabelul 6

Repartiția pe categorii de boli a morbidității înregistrate în cadrul clasei și grupei „Boli ale aparatului respirator"

Clasa	Grupa	Categoria de boli	In% față de total	In cifre absolute
Boli ale aparatului respirator	Boli ale aparatului respirator	Denumirea bolii		
1249	1249	Catar sezonier, rino-faringite, infecții acute ale căilor respiratorii superioare	77,5	968
		Bronșită acută	13,7	170
		Bronhopneumonie	4,2	53
		Pneumonie abortivă (congestie pulmonară)	2,9	36
		Pneumonie lobară	0,8	10
		Bronșită cronică	0,3	4
		Alte boli ale aparatului respirator (abces pulmonar, pleurite etc.)	0,6	8

rioare 48,4%, în timp ce copiii între 1 și 3 ani s-au îmbolnăvit într-o proporție de numai 32,2%. Deci, nu vîrsta de 1—3 ani, ci aceea de 0—1 an este cea mai periclitată de infecții acute ale căilor aeriene superioare.

Prezintă interes, însă, nu numai datele referitoare la gradul de răspîndire a infecțiilor acute ale căilor aeriene superioare printre copiii de diferite vîrste, ci și frecvența repetării acestor afecțiuni la fiecare copil în parte.

Tabelul 7

Repartiția pe grupe de vîrstă a infecțiilor acute ale căilor aeriene superioare

Denumirea bolii	Grupe de vîrstă				
	Total	0—1 an	1—3 ani	4—6 ani	7—14 ani
Infecții acute ale căilor aeriene superioare	968	28,3% 272	53,2% 517	9,1% 87	9,4% 92

Repartizînd, pe grupe de vîrstă, numărul îmbolnăvirilor prin infecții acute ale căilor aeriene superioare, suportate de fiecare copil în parte, se constată, după cum se vede din tabelul 8, că sugarii și copiii între 1 și 3 ani s-au îmbolnăvit de această afecțiune într-o proporție de peste 35%, în repetate rînduri.

Tabelul 8

Repartiția pe grupe de vîrstă și pe frecvența îmbolnăvirilor a infecțiilor acute ale căilor aeriene superioare

Grupe de vîrstă	Total copii cu I. A. C. A. S.	Copii cu			
		1 îmbolnăvire	2 îmbolnăviri	3 îmbolnăviri	4 sau mai multe îmbolnăviri
0—11 luni	173	64,2% 111	21,4% 37	8,1% 14	6,3% 11
1—3 ani	335	64,2% 215	25,1% 84	8% 27	2,7% 9
4—6 ani	79	92,4% 75	5,1% 4	2,5% 4	— —
7—14 ani	87	94,2% 82	5,8% 5	— —	— —

Din analiza datelor înregistrate a mai reieșit că 31,8% dintre copiii între 0 și 1 an care s-au îmbolnăvit de infecții acute ale căilor aeriene superioare au fost distrofici, iar dintre cei din grupa 1—3 ani, 34,6% au fost distrofici sau hipotrofici.

De asemenea, a reieșit că peste 50% dintre copiii între 0 și 3 luni, alimentați mixt, s-au îmbolnăvit de infecții acute ale căilor aeriene superioare, în timp ce dintre cei alimentați natural, numai 15,9% s-au îmbolnăvit de această afecțiune.

La copiii între 4 și 6 ani, 50% dintre cei alimentați mixt (14 din 28) și 72,7% (8 din 11) dintre cei alimentați artificial s-au îmbolnăvit de infecții acute ale căilor aeriene superioare, în timp ce dintre cei alimentați natural s-au îmbolnăvit numai 36,2% de această afecțiune.

La grupele mari de vîrstă, îmbolnăvirile repetate prin infecţii acute ale căilor aeriene superioare scad, atingînd la grupa 4—6 ani o proporţie de numai 7,6%, iar la grupa 7—14 ani, o proporţie de 5,8% (tabelul 8).

Interpretînd greutatea specifică relativ mică pe care o au bronhopneumoniile în cadrul clasei şi grupei bolilor aparatului respirator (vezi tabelul 6, bronhopneumonii 4,2%), putem aprecia că aceasta se datoreşte în primul rînd anotimpului călduros la care se referă analiza şi apoi depistării precoce şi tratamentului corespunzător instituit la infecţiile acute ale căilor aeriene superioare.

Tabelul 9

Repartiţia pe grupe de vîrstă a „bronhopneumoniei"

Denumirea bolii	Grupe de vîrstă				
	Total	0—3 luni	4—6 luni	7—11 luni	1—3 ani
Bronhopneumonia	53	7,5% 4	13,2% 7	28,3% 15	51% 27

Din cifrele tabelului 9 se constată că numărul bronhopneumoniilor atinge aproape în egală măsură copii între 0 şi 11 luni, cît şi copii între 1 şi 3 ani; aplicîndu-se însă acelaşi corectiv care a fost folosit şi la I.A.C.A.S., şi anume raportînd pe grupe de vîrstă, numărul copiilor îmbolnăviţi de bronhopneumonii, la copiii în evidenţă, se constată că sugarii s-au îmbolnăvit într-o proporţie de 7%, în timp ce copiii între 1 şi 3 ani, într-o proporţie de numai 2,7%.

Reiese, deci, că grupa de vîrstă cea mai periclitată este grupa sugarilor. Aplicînd acelaşi corectiv la subgrupele de vîrstă ale sugarilor, rezultă că dintre copiii între 0 şi 3 luni s-au îmbolnăvit de bronhopneumonii 4,6%, iar la copiii între 4 şi 6 luni şi 7 şi 11 luni proporţia de îmbolnăviri se ridică la 8%. Acest lucru denotă că la sugarii mai mari de 3 luni se realizează mai des condiţiile care duc la îmbolnăvire

Tabelul 10

Repartiţia pe grupe de boli a morbidităţii înregistrate în cadrul clasei „Boli ale aparatului digestiv şi de nutriţie"

Clasa	Grupe de boli	Cifre absolute	%
Boli ale aparatului digestiv şi de nutriţie	Tulburări acute de nutriţie enterale	239	47,0
	Tulburări acute de nutriţie parenterale	115	22,6
	Tulburări cronice de nutriţie . . .	106	20,9
	Tulburări digestive în alimentaţia naturală	13	2,5
	Tulburări de motilitate	1	0,2
	Alte boli	34	6,8

prin bronhopneumonie decît la sugarii sub 3 luni, asupra cărora, de obicei, este mai concentrată atenţia mamelor, în sensul unei bune îngrijiri.

Se mai observă că 52% dintre copiii între 0 şi 1 an şi 50% dintre copiii între 1 şi 3 ani, care s-au îmbolnăvit de bronhopneumonii, au fost distrofici.

S-au înregistrat două decese prin bronhopneumonie în perioada analizată : doi copii distrofici în vîrstă de 3 luni, cu focare multiple de bronhopneumonie.

Analizînd grupa de „boli acute de nutriţie enterale", am constatat că majoritatea îmbolnăvirilor din această grupă au fost cauzate de dispepsii primare, înregistrîndu-se numai un singur caz de toxicoză. Aceasta credem că se datoreşte în bună parte depistării relativ precoce, aplicării unui tratament corespunzător şi ridicării nivelului igienico-sanitar al mamelor, care solicită, la primele manifestări ale îmbolnăvirii, asistenţa medicală.

Tabelul 11

Repartiţia pe grupe de vîrstă a dispepsiilor primare şi secundare

Denumirea bolii	Total	Grupe de vîrstă			
		1—3 luni	4—6 luni	7—11 luni	1—3 ani
Dispepsii primare	238	6,3% 15	7,1% 17	27,3% 65	59,3% 141
Dispepsii secundare	115	6,1% 7	14,8% 17	35,6% 41	43,5% 50

Din datele prezentate în tabelul 11 rezultă că numărul cel mai mare de dispepsii primare (59,3%) s-a înregistrat la copii între 1 şi 3 ani, faţă de 40,7% de îmbolnăviri înregistrate la copii între 0 şi 11 luni. Din corelarea acestor cifre cu cele ale numărului de copii în evidenţă, pe grupe de vîrstă, se constată că din totalul copiilor între 0 şi 1 an s-au îmbolnăvit de dispepsii primare 24,1% faţă de 12,8% cîţi s-au îmbolnăvit din totalul copiilor între 1 şi 3 ani.

A mai reieşit din cercetarea acestei probleme că din numărul total de copii între 0 şi 3 luni alimentaţi natural (69), numai 10,1% (7), iar dintre cei alimentaţi mixt (15), 40,0% au făcut dispepsii.

In ceea ce priveşte grupa copiilor între 4 şi 6 luni, s-a constatat că din numărul total de copii alimentaţi natural (47), 8,5% (4), iar dintre cei alimentaţi mixt (28) 14,3% (4) şi din cei alimentaţi artificial (11) 54,5% (6) s-au îmbolnăvit de dispepsii primare.

Se constată, de asemenea, că 19,9% (40) din totalul copiilor care au prezentat dispepsii s-au îmbolnăvit în repetate rînduri (de două sau trei ori), în perioada cercetată de noi, de această afecţiune.

Din numărul copiilor care au făcut dispepsii primare, 30,2% din grupa copiilor între 0 şi 1 an au fost distrofici, iar dintre cei din grupa între 1 şi 3 ani, 46,1% au fost distrofici sau hipotrofici.

In ceea ce priveşte dispepsiile secundare, procentajul cel mai mare de îmbolnăviri este dat de grupa între 0 şi 1 an, după cum se vede din tabelul 11.

Procentul copiilor care s-au îmbolnăvit în repetate rînduri de dispepsii secundare este de 8,5 din totalul copiilor care s-au îmbolnăvit de această afecțiune, spre deosebire de dispepsiile primare, unde numărul reîmbolnăvirilor se ridică la 19,9.

Din totalul copiilor între 0 și 1 an care au avut dispepsii secundare, 46,7% au fost distrofici, iar cei din grupa între 1 și 3 ani, 50% au fost distrofici sau hipotrofici.

Tabelul 12

Repartiția pe grupe de vîrstă a îmbolnăvirilor prin distrofie

Denumirea bolii	Total	Grupe de vîrstă			
		1—3 luni	4—6 luni	7—11 luni	1—3 ani
Distrofie	106	10,4% 11	11,4% 12	40,5% 43	37,7% 40

Tulburările cronice de nutriție (distrofiile) au fost înregistrate într-o proporție de 20,9% (106 cazuri noi).

Din repartiția pe grupe de vîrstă (tabelul 12) reiese că cele mai multe îmbolnăviri au fost înregistrate la copii între 0 și 1 an (62,3%), iar în cadrul acestei grupe numărul cel mai mare s-a înregistrat la copii între 7 și 11 luni.

S-a putut constata că dintre copiii între 0 și 3 luni, alimentați natural, numai 2,9% (2) s-au distrofiat, dintre cei alimentați mixt 46,7% (7), iar dintre cei alimentați artificial, 66,6% (2 din 3).

Dintre copiii între 4 și 6 luni, alimentați natural, numai 4,2% (2) s-au distrofiat, dintre cei alimentați mixt 17,8% (5), iar dintre cei alimentați artificial 45,4% (5).

Vîrsta la care au apărut cele mai multe distrofii, din cele 106 cazuri nou-înregistrate, se situează între 4 și 6 luni (25,5).

Tabelul 13

Repartiția cazurilor de distrofie, după vîrsta la care s-a instalat distrofia

Grupe de vîrstă				
0—3 luni	4—6 luni	7—9 luni	10—12 luni	Peste 1 an
17,9%	25,5%	21,7%	20,8%	14,1%

În afară de cele 106 cazuri noi de distrofie, mai există pe teritoriul studiat un număr de 94 de cazuri vechi, numărul total de distrofici în evidență fiind de 200.

Raportînd numărul distroficilor la numărul de copii în evidență pe grupe de vîrstă, reiese că 19,9% dintre copiii între 0 și 1 an sînt distrofici.

Analizînd cauzele distrofiei la cazurile nou-înregistrate de distrofie, a reieşit că 22,4% sînt datorite infecţiilor repetate, 27,6% alimentaţiei deficitare, 17,2% alimentaţiei deficitare şi infecţiilor repetate, 25,9% alimentaţiei deficitare şi condiţiilor igienice nesatisfăcătoare şi 6,9% altor cauze.

Starea economico-socială a familiilor cu copii care s-au distrofiat a fost în 25,9% din cazuri bună, în 53,4% mediocră.

Dintre copiii distrofici între 0 şi 1 an, 12,5% au fost alimentaţi natural şi 34,4% mixt înainte de 3 luni, 46,9% mixt între 3 şi 5 luni şi 6,2% artificial, înaintea vîrstei de 3 luni.

Mamele copiilor distrofici au fost, în 65,6% (38) din cazuri, casnice.

Se constată că în cea mai mare parte distrofiile sînt datorite alimentaţiei deficitare, atît înainte de împlinirea vîrstei de 6 luni, cît şi după această vîrstă, şi condiţiilor igienico-sanitare nesatisfăcătoare, iar infecţiile repetate sînt, în cele mai multe cazuri, factori adjuvanţi.

S-a analizat şi vîrsta la care a apărut prima îmbolnăvire la copiii între 0 şi 6 luni. Neluînd în considerare mărgăritărelul, care reprezintă de obicei prima boală la copii, a reieşit că 45,1% dintre copii s-au îmbolnăvit pentru prima oară în prima lună de viaţă, 29,5% în a doua lună, 14,7% în a treia lună şi 10,7% în a patra, a cincea şi a şasea lună de viaţă.

Prima îmbolnăvire a fost, în 50% din cazuri, cauzată de infecţii acute ale căilor aeriene superioare, în 22,1% din cazuri de dispepsii primare şi în 27,9% din cazuri, de alte afecţiuni.

Continuînd studiul morbidităţii în aceleaşi circumscripţii, în perioada 1.X.1954—1.IV.1955, s-au constatat în general aceleaşi aspecte ca şi în perioada precedentă. Deosebirile care au fost totuşi observate, le semnalăm mai jos :

In perioada 1.X.1954—1.IV.1955 s-au înregistrat 3 237 de cazuri noi de îmbolnăviri, cu 25% mai puţine decît în perioada 1.IV.—1.X.1954, cu toate că numărul copiilor în evidenţă a crescut cu 8,2%, prin luarea în evidenţă a mai multor copii şcolari.

Dintre cazurile nou-înregistrate, 8,3% (270 cazuri) au fost înregistrate la nivelul colectivităţilor de copii, faţă de 3,6% în perioada trecută.

Comparativ cu perioada de vară se constată la toate grupele de vîrstă o creştere a procentajului copiilor îmbolnăviţi o singură dată, în afară de grupa între 7 şi 14 ani, la care această proporţie scade cu 6,1%, în timp ce aceea a copiilor cu îmbolnăviri repetate creşte. Aceasta se poate pune în strînsă legătură cu faptul că ultima perioadă analizată coincide cu desfăşurarea din plin a procesului de învăţămînt şi cu existenţa implicită a unei posibilităţi de contagiune mai mari.

Mai reiese că 60,5% dintre copiii între 0 şi 11 luni, care au prezentat cinci sau mai multe îmbolnăviri, au fost distrofici şi 50,0% rahitici, iar din grupa copiilor între 1 şi 3 ani 28,9% au fost distrofici şi 55,6% rahitici. Cifrele acestea sînt mai mari decît cele referitoare la aceeaşi problemă, obţinute anterior.

Structura morbidităţii înregistrată în perioada 1.X.1954—1.IV.1955 se prezintă aşa cum se arată în tabelul 14.

Din deosebirile remarcate faţă de perioada precedentă, cu privire la legătura dintre apariţia infecţiilor acute ale aparatului respirator şi felul alimentaţiei sugarilor (tind să se şteargă diferenţele procentuale

Tabelul 14

Structura morbidității cercetate, pe clase de boli

Total cazuri	3 237	%
Boli ale aparatului respirator	1 095	33,8
Boli oto-rino-laringologice	576	17,8
Boli transmisibile	341	10,5
Boli ale aparatului digestiv	204	6,3
Boli de metabolism și carențiale	180	5,6
Boli de piele	131	4,0
Boli parazitare	125	3,9
Boli ale organelor de văz	93	2,9
Boli ale cavității bucale	91	2,8
Boli prin agenți fizici	57	1,8
Boli ale nou-născuților	39	1,2
Boli ale sistemului hematopoetic	18	0,5
Boli endocrine	9	0,3
Boli ale sistemului nervos	9	0,3
Boli de rinichi	8	0,2
Reumatism	6	0,2
Aparat circulator	1	0,03
Boli neincluse	253	7,8

între alimentați natural, mixt și artificial), rezultă că în perioada de iarnă, influența condițiilor nefavorabile de mediu (frig, locuință neaerisită etc.) trece pe prim plan, lăsînd în urmă influența exercitată asupra acestor clase de boli, de natura alimentației.

În perioada de iarnă, proporția îmbolnăvirilor prin bronhopneumonie, raportată la numărul total de îmbolnăviri ale aparatului respirator, a indicat numai o foarte ușoară creștere (de la 4,2 la 5,0%) față de perioada de vară. Credem că acest fapt se datorește în special caracterului blînd al iernii din anul 1954/1955 și apoi depistării precoce și tratamentului corespunzător, instituit la I.A.C.A.S.

Tabelul 15

Repartiția pe grupe de boli a morbidității înregistrate în cadrul clasei „Boli ale aparatului digestiv și boli de nutriție"

Clasa	Grupa	Cifre absolute	%
Boli ale aparatului digestiv și boli de nutriție	Tulburări acute de nutriție parenterale	67	32,8
	Tulburări cronice de nutriție	56	27,5
	Tulburări acute de nutriție enterale	52	25,5
	Tulburări digestive în alimentația naturală	3	1,5
	Alte boli ale aparatului digestiv	26	12,7
	Total	204	

După cum se vede din tabelul 15, primul loc în clasa „boli ale aparatului digestiv și de nutriție" este ocupat de tulburări acute de nutriție parenterale (32,8%), spre deosebire de perioada de vară, cînd primul loc a fost ocupat de tulburări acute de nutriție enterale. În al doilea rînd urmează tulburări cronice de nutriție (distrofiile nou-înregistrate), într-o proporție de 27,5%, cu 6,6% mai mult decît în perioada trecută.

Tulburările acute de nutriție enterale sînt clasate în al treilea loc, atingînd o proporție de 25,5%, față de 47,0% din perioada de vară.

Este evident că repartiția grupelor de boli în interiorul clasei bolilor aparatului digestiv și al bolilor de nutriție este strîns legată de multiplele influențe ale factorului anotimp.

Spre deosebire de perioada de vară, numărul copiilor care s-au îmbolnăvit în repetate rînduri de tulburări acute de nutriție enterale sau parenterale este foarte mic, înregistrîndu-se doar cîteva cazuri.

Din analiza comparativă între cele două perioade (vara și iarna), a datelor privind distrofia, se constată, alături de reducerea cu 50% a cazurilor noi în perioada de iarnă, că, în această din urmă perioadă, distrofia a fost datorită în egală măsură infecțiilor repetate și alimentației deficitare.

În ceea ce privește celelalte clase de boli și celelalte aspecte ale morbidității, din analiza comparativă făcută între cele două sezoane nu rezultă deosebiri demne de semnalat, cu excepția doar a faptului că în 61,1% din cazuri, prima îmbolnăvire a copiilor sub 6 luni a fost cauzată de infecții acute ale aparatului respirator în perioada de iarnă, față de 50% din cazuri vara.

Concluzii

În cercetarea noastră s-a analizat morbiditatea la copiii între 0 și 14 ani, din trei circumscripții sanitare din raionul „1 Mai" București, pe perioada 1.IV.1954 — 1.X.1954 și 1.X.1954 — 1.IV.1955.

Un accent deosebit a fost pus în cercetarea noastră pe studiul morbidității pe contingente de copii.

Din cercetare au reieșit următoarele:

— Numărul copiilor care se îmbolnăvesc este variat, pe diferite grupe de vîrstă. El descrește o dată cu vîrsta copilului.

— Sugarii se îmbolnăvesc în procentajul cel mai mare, raportat la numărul de copii în evidență pe grupe de vîrstă. În al doilea rînd urmează grupa copiilor între 1 și 3 ani, iar grupele copiilor mai mari dau procentaje mult mai mici.

— Foarte mulți copii se îmbolnăvesc în repetate rînduri în cursul unei scurte perioade de timp (6 luni).

— Cei mai mulți copii care se îmbolnăvesc în repetate rînduri fac parte din grupa sugarilor.

— În grupele de vîrste mai mari, procentul copiilor cu o singură îmbolnăvire crește, în timp ce acela cu îmbolnăviri repetate, în decurs de 6 luni, descrește.

Dintre copiii între 0 și 11 luni, distroficii prezintă cele mai dese îmbolnăviri și reîmbolnăviri.

— Prima îmbolnăvire, la grupa de copii între 0 și 6 luni, apare, în aproape 50% din cazuri, în prima lună de viață. Neluînd în considerare mărgăritărelul ca o primă îmbolnăvire la sugari, reiese că aproape în 50% din cazuri prima îmbolnăvire este reprezentată de infecții acute ale căilor aeriene superioare.

— Cu excepția structurii morbidității, care apare modificată în cele două sezoane amintite, și cu excepția deosebirilor în cadrul bolilor transmisibile și a clasei bolilor aparatului digestv și bolilor de nutriție, nu

apar deosebiri esenţiale în aspectele morbidităţii, analizate comparativ, în funcţie de sezon.

Se poate conchide că analiza morbidităţii generale, fără analiza morbidităţii pe individ, luat ca unitate de observaţie, nu poate da o apreciere justă asupra stării de sănătate a copiilor. De asemenea, măsurile de asistenţă medicală curativo-profilactică nu pot fi organizate în condiţii optime, fără cunoaşterea contingentelor de copii sănătoşi şi bolnavi. Cunoscînd copiii care rămîn sănătoşi şi pe cei care se îmbolnăvesc în repetate rînduri într-o perioadă dată putem să-i selecţionăm pe categorii diferenţiate, în vederea dispensarizării lor.

Cunoscînd grupele de copii care se îmbolnăvesc mai des, medicul de circumscripţie se va ocupa în primul rînd de copiii între 0 şi 1 an, iar în cadrul acestei grupe, de copiii distrofici, rahitici, alimentaţi artificial etc. şi în special de acei copii — individual luaţi — din fiecare grupă în parte, care se îmbolnăvesc mai des.

La grupele de copii de vîrstă mai mare, în special copiii necuprinşi în colectivităţi de copii, este indicat ca medicul de circumscripţie să se ocupe în primul rînd de copiii care au prezentat, în cursul unei perioade de timp, repetate îmbolnăviri şi de acei care sînt cu deosebire periclitaţi, din motive medicale sau de mediu.

Urmărind copiii pe diverse grupe, după starea lor de dezvoltare şi după îmbolnăvirile pe care le-au prezentat, şi cunoscînd, pe de altă parte, condiţiile de viaţă ale acestor copii, medicul de circumscripţie va putea stabili cauzele reale de îmbolnăvire şi, în consecinţă, va putea să ia măsurile concrete de îndepărtare a lor.

In vederea cunoaşterii cît mai precise a morbidităţii, medicul de circumscripţie va trebui să folosească, pe baza consultaţiilor curente, metoda analizării morbidităţii pe individ, paralel cu metoda de studiere a morbidităţii generale, care precizează structura şi dinamica morbidităţii.

Bine orientat asupra morbidităţii, medicul de circumscripţie va putea să conceapă, să urmărească şi să ducă la îndeplinire un plan de acţiune, pe baza căruia să obţină scăderea morbidităţii şi mortalităţii infantile.

Articol intrat în redacţie în decembrie 1955.

---

*Cîteva probleme ale analizei morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă**

Dr. **Toma Huszar**

In ţara noastră s-a acumulat o experienţă cu privire la analiza morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă. Se poate constata că, în general, cadrele noastre medicale care deservesc pe salariaţii de stat şi-au însuşit metodica analizei morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă şi mai ales partea de evidenţă şi prelucrare statistică a acestei morbidităţi. In momentul de faţă s-a ajuns la o apreciere pozitivă unitară a importanţei statisticii morbidităţii în întreprinderile industriale,

* Redacţia revistei pune în discuţia publicului cititor propunerile articolului.

unde legătura între condiţiile de mediu şi morbiditate sînt mai strînse, iar pe de altă parte şi posibilităţile de studiere reale sînt mai favorabile, în comparaţie cu condiţiile de la circumscripţiile sanitare.

În acelaşi timp, metodologia studierii morbidităţii din întreprinderi este mult frămîntată de cadrele noastre medicale şi credem că o discuţie largă în presa medicală pe această problemă este utilă.

Prima problemă care se discută este justeţea unui sistem special de evidenţă şi prelucrare a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă pe baza certificatului de concediu medical, atunci cînd avem sistemul de analiză a morbidităţii generale.

La această întrebare trebuie să răspundem pozitiv.

Este adevărat că morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă nu reflectă morbiditatea populaţiei şi nici chiar morbiditatea colectivului respectiv, ci reprezintă numai o parte a morbidităţii salariaţilor, adică o statistică a concediilor medicale pe cauze de boală. Dar această statistică este absolut necesară, în primul rînd fiindcă cunoaşterea concediilor medicale permite a lega strîns activitatea medicală cu viaţa economică, adică cu importanţa materială a pagubelor cauzate de boli societăţii. În al doilea rînd statistica concediilor medicale oferă posibilitatea unei analize a legăturilor dintre morbiditate şi condiţiile de muncă ale salariaţilor.

Afară de aceasta, statistica concediilor medicale, bazîndu-se pe o formă de evidenţă exactă (certificatul medical), dispune de date mult mai reale faţă de evidenţa morbidităţii generale, care prin formele sale de evidenţă mai puţin exacte şi mai incomplete oferă date de o valoare obiectivă relativă.

În cursul multor ani, în U.R.S.S. şi în ţările de democraţie populară, statistica morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, a servit ca un indicator valoros în aprecierea stării de sănătate şi a muncii medico-sanitare în întreprinderi.

Statistica morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă este operativă şi, cum arată experienţa de ani de zile, permite adesea să se scoată în evidenţă schimbarea factorilor care influenţează sănătatea salariaţilor.

Din cele de mai sus rezultă prima concluzie, şi anume că statistica concediilor medicale, numită astăzi statistica morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, este necesară.

A doua problemă care se discută este dacă analiza morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă trebuie făcută luînd ca unitate de observaţie cazul de îmbolnăvire (cum se face acum) sau cazul nou de boală (cum se face la morbiditatea generală) sau bolnavul?

Credem că, în primul rînd, întrebarea nu este bine pusă, deoarece analiza morbidităţii pe baza diverselor „unităţi de observaţie" nu este contradictorie, ci, dimpotrivă, acestea se completează.

Pentru exemplificare să le luăm pe fiecare în parte.

Analiza morbidităţii luînd ca bază de observaţie bolnavul (numită analiza mordibităţii pe contingente) este metoda cea mai ştiinţifică, cu ajutorul căreia se poate analiza aprofundat starea de sănătate a salariaţilor şi influenţa condiţiilor de mediu. Această analiză, însă, poate fi făcută numai o dată pe an, deoarece diferitele contingente de salariaţi apar în evidenţă — în privinţa stării de sănătate — numai la perioade îndelungate de timp. Fiind laborioasă, această metodă nu este operativă.

Analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă pe baza „cazurilor noi de îmbolnăvire" nu este nici ea operativă și completă, fiindcă, în primul rînd, și ea necesită o perioadă mai îndelungată de timp, iar în al doilea rînd, că nu pot fi analizate bolile, cînd de fapt este vorba de concedii medicale, în care intră numai o parte a bolilor, iar din aceeași boală numai forma și faza care necesită concediul medical.

In sistemul actual de evidență, unitatea de observație este cazul de îmbolnăvire sau cazul de concediu medical. Sistemul acesta este simplu, operativ și clar, arătînd lunar cîte cazuri și cîte zile de concediu au fost. In felul acesta, datele pot fi urmărite și comparate lună de lună în tot cursul anului, orice schimbare mai însemnată în starea de sănătate a salariaților evidențiindu-se imediat. Cu ajutorul indicilor de frecvență, gravitate și durată medie se poate vedea caracterul și nivelul morbidității cu incapacitate temporară de muncă și se pot trage concluzii într-o anumită măsură asupra calității muncii medicale. (Aici trebuie să menționăm, însă, că analiza datelor privind morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă este posibilă numai dacă medicul de întreprindere calculează toți cei trei indici — și nu numai doi, cum se cere în momentul de față în raportul semestrial — și prin analiza complexă a acestor trei indici apreciază morbiditatea și eficiența muncii sale.)

Deci evidența și raportarea lunară a morbidității cu incapacitate temporară de muncă pe cauze și zile de concedii este bună, operativă și necesară. Această formă este însă insuficientă. Utilizarea acestei singure metode — cum s-a mai menționat — nu dă posibilitate medicului să aibă o vedere generală asupra morbidității salariaților, fiindcă din aceste date nu reiese, nici boala, nici numărul real al bolilor și al bolnavilor, iar în evidența concediilor medicale nu sînt cuprinse bolile ușoare (fără concedii), care însă au importanță, atît din punct de vedere profilactic, cît și pentru o analiză reală și completă a morbidității. Medicul de întreprindere, care nu ia numai măsuri generale de asanare, ci lucrează nemijlocit cu bolnavii, trebuie să cunoască concret situația acestora.

Acest lucru poate fi obținut numai prin analiza morbidității pe contingente. Această metodă trebuie să completeze analizele lunare ale morbidității cu incapacitate temporară de muncă (și nu să le înlocuiască), fiind posibilă numai anual. Deci, de fapt, nu există o contradicție între analiza morbidității pe cauze de boală și cea pe contingente, așa că nu se poate pune problema că numai una sau alta este bună. Este vorba de două metode cu scop diferit, care, completîndu-se, dau o bază de analiză mai complexă a morbidității salariaților din întreprinderi.

Ca metodă, credem că analiza morbidității pe contingente nu trebuie făcută pe baza certificatelor medicale — care nu reflectă morbiditatea salariaților, ci numai concediile medicale — ci pe baza fișelor individuale pe un cod larg, respectiv cel de morbiditate generală. (Analiza statistică a concediilor medicale pe contingente răspunde numai la o problemă parțială.)

★

Necesitatea evidenței și raportării actuale a morbidității cu incapacitate temporară de muncă pe baza cazului de îmbolnăvire, cum se face

azi, cere însă să analizăm mai atent forma utilizată şi să-i eliminăm lipsurile existente.

În primul rînd, denumirea „analiza morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă", deşi în fond reflectă conţinutul acesteia, pentru lichidarea neînţelegerilor şi pretenţiilor privitoare la analiza morbidităţii salariaţilor (care nu reiese prin această metodă), ar trebui să fie schimbată cu denumirea de „analiza statistică a concediilor medicale", astfel fiind clar de la început ce se poate aştepta de la această metodă.

În formularul certificatului apare sus, la colţul din dreapta, „Caz $\frac{\text{nou}}{\text{în continuare}}$". În teren, cuvîntul „caz" este deseori greşit interpretat, fiind confundat uneori la policlinică cu noţiunea „boală nouă sau în continuare" la evidenţa morbidităţii generale. Practic însă, este vorba dacă certificatul, sau mai bine zis concediul, este nou sau în continuare. Deci pentru claritate, propunem ca pe formularul de certificat să se scrie: „Certificat $\frac{\text{nou}}{\text{în continuare}}$" sau mai bine: „Concediu $\frac{\text{nou}}{\text{în continuare}}$".

O problemă de formă, care are o importanţă de fond, este că în raportul semestrial al unităţii medicale de întreprindere se cere numai calcularea indicilor de frecvenţă şi de gravitate, nu şi a celor de durată medie. Aceasta este o absurditate din punct de vedere statistic. Aceşti trei indici numai împreună oferă o bază de analiză a morbidităţii, iar fără unul din ei nu se poate trage nici o concluzie valabilă. Repetăm deci, că această simplificare statistică făcută prin renunţarea la al treilea indice a adus lipsuri tocmai în fondul problemei şi, desigur, trebuie lichidată.

Şi acum o problemă la care vrem să ne oprim mai amănunţit. Este vorba despre codul de 20 de cauze al raportului C.C.S.

Care este scopul unui cod scurt? De ce nu se raportează morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă pe baza codului de 90 de cauze?

Raportul C.C.S. nu are ca scop analiza morbidităţii, fiindcă concediile nu reflectă suficient aceasta. Deci, codul de 20 de cauze nu este construit pe principiul nosologic (pe boli), cum este cel de 90 de cauze. Scopul codului de 20 de cauze este de a avea o vedere operativă asupra principalelor cauze de îmbolnăvire care dau cazuri de incapacitate temporară de muncă. Deci, aici, bolile sînt pe de o parte grupate, pentru ca rezultatele analizei să poată ajunge la concluzii concrete privind lupta contra anumitor factori care favorizează apariţia anumitor grupe de îmbolnăviri, iar pe de altă parte pe baza greutăţii specifice pe care unele boli o au în structura morbidităţii şi a incapacităţii temporare de muncă, ca de exemplu tuberculoza, reumatismul etc. În orice caz, un asemenea cod trebuie să fie scurt, altfel nu este operativ. Din aceste considerente, credem că cifra în jurul lui 20 este corespunzătoare.

Dar există următoarea problemă: ce grupe de boli trebuie să conţină acest cod?

În această privinţă, codul existent azi — cum au menţionat mulţi — are lipsuri serioase.

În primul rînd este faptul că în el există o serie de numere de cod în care sînt cuprinse boli a căror frecvenţă nu justifică separarea lor.

Așa, grupa „boli de dinți și ale cavității bucale" cuprinde boli care sînt foarte frecvente ca adresabilitate la policlinică, dar care în foarte rare cazuri necesită concediu medical (1,5—1,7% față de totalul cazurilor de incapacitate temporară de muncă). De aceea, propunem ca acest grup să fie inclus în grupa „alte boli".

Boala „sifilis" care, în afară de unele regiuni ale țării, nu mai este o boală frecventă la concedii (0,1—0,3%), trebuie deci inclusă, pe același considerent, la grupa „boli infecțioase și parazitare".

Bolile din grupa „pneumonii și bronhopneumonii" au în general o etiologie comună cu „bolile acute ale căilor respiratoare superioare" și au o greutate specifică relativ mică (1,5 — 1,7%); deci, credem că ar putea forma o grupă comună.

În ceea ce privește boala „angina", ea este fără discuție o boală separată. Din punct de vedere etiologic însă, are cauze comune cu gripa. Pe de altă parte, ambele pot fi factori potențiali etio-patogenici ai reumatismului, nefritei acute etc. Ca pordere structurală, angina reprezintă singură numai 3—4% din cazuri și 1—2% zile de incapacitate. Din aceste motive, considerăm că angina poate fi cuprinsă în cod împreună cu gripa.

Din alt punct de vedere, codul 20, „alte boli", cuprinde 25—30% din numărul total al cazurilor, el depășind chiar acest procent în ceea ce privește numărul zilelor, ceea ce nu este admisibil (se pierde claritatea raportului) și indică separarea anumitor boli mai frecvente din această grupă. Astfel:

a) Nu este just ca numai tuberculoza pulmonară să existe separat în cod. Credem că și celelalte forme de tuberculoză (osteo-articulară, laringiană etc.) ar trebui să fie incluse în acest cod, avînd în vedere faptul că și ele necesită măsuri speciale (dispensarizare etc.) și au aceeași etiologie.

b) În grupa „boli ale aparatului cardio-vascular" să fie inclusă și boala hipertensivă, care, deși în fazele incipiente și cele terminale are diferite forme caracteristice, totuși, din punct de vedere al motivelor de incapacitate temporară de muncă, provine din deficiențe cardiace și circulatorii.

c) Boala ulceroasă, într-o bună parte a cazurilor, este foarte greu de diferențiat clinic de gastrita cronică (care, de fapt, poate fi o fază premergătoare), iar pentru practica medicului, măsurile de igienă, dispensarizare etc. ce trebuie luate sînt aceleași. Deci, propunem ca acest cod să poarte denumirea „boli cronice gastro-duodenale".

d) Trebuie formate grupe speciale din următoarele grupe de boli, avînd în vedere greutatea lor specifică relativ mare și importanța lor din punct de vedere al măsurilor de profilaxie:

„boli de ochi",
„boli cronice ale organelor respiratoare",
„boli de rinichi și ale căilor urinare".

Aceste trei grupe de boli, pe lîngă greutatea lor specifică relativ mare, au o importanță și în semnalizarea existenței anumitor noxe profesionale în întreprinderea respectivă.

Avînd în vedere că anumite ramuri de producție sau chiar întreprinderi, ori anumite regiuni ale țării, pot să aibă anumite boli specifice relativ frecvente, codul trebuie să aibă 1—2 locuri libere, în care medicii

de întreprindere să poată face la nevoie înscrierile respective (de exemplu: malarie, guşă, intoxicaţie cu plumb etc.).

Pentru o mai bună precizare, credem că grupa „accidente în afară de cîmpul muncii" ar trebui să poarte denumirea „accidente fără legătură cu producţia".

O altă problemă principală este ordinea numerică a codurilor. Credem că în primele locuri trebuie să apară bolile care, din punct de vedere al igienei muncii, sînt cele mai importante: bolile profesionale, accidentele, bolile infecţioase şi tuberculoza, ca prin aceasta să se atragă atenţia asupra lor. Apoi restul bolilor să fie aşezate pe organe.

În concluzie, propunem următorul cod:

1. Boli, infecţii şi intoxicaţii profesionale.
2. Accidente în legătură cu producţia.
3. Accidente fără legătură cu producţia.
4. Boli infecţioase şi parazitare.
5. Tuberculoza (toate formele).
6. Gripa şi angina.
7. Boli acute ale căilor respiratoare şi ale plămînului.
8. Boli cronice ale organelor respiratoare.
9. Reumatismul.
10. Boli ale aparatului cardio-vascular.
11. Afecţiuni acute gastro-intestinale.
12. Boli cronice gastro-duodenale.
13. Bolile ficatului şi ale căilor biliare.
14. Boli de rinichi şi ale căilor urinare.
15. Afecţiuni ale organelor genitale la femei.
16. Furuncule, panariţii etc.
17. Nevralgii, nevrite, radiculite.
18. Boli de ochi.
19. . . . . .
20. Alte boli.

Ridicînd aceste probleme, ţinem să atragem atenţia că nu dorim altceva decît ca materialul de faţă să constituie baza de discuţii în rezolvarea mai justă a problemei analizei morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

Articol intrat în redacţie în august 1956.

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă într-un sector sanitar

Dr. **Liviu Lebas**, medic statistician regional, **Holmik Margareta**, registrator medical

Datorită numeroaselor bogăţii ale solului şi subsolului, regiunea Baia-Mare constituie o verigă importantă a economiei naţionale a R.P.R. Politica economică a partidului a dus la o puternică industrializare a acestei regiuni, creînd fabrici şi întreprinderi importante în ramurile de producţie miniere, chimice, metalurgice, forestiere, industrie locală; de asemenea sectorul socialist agricol este în plină dezvoltare.

În procesul de producţie, fiind antrenate mase largi de oameni ai muncii, regimul de democraţie populară a creat numeroase instituţii sanitare pe lîngă aceste întreprinderi, în care se acordă muncitorilor o asistenţă medicală calificată. Muncitorii sanitari din aceste instituţii, ca şi cei din spitale sau din circumscripţiile sanitare rurale au ca sarcină de prim rang scăderea incapacităţii temporare de muncă. An de an s-au obţinut succese în această privinţă, iar indicii morbidităţii scad treptat şi continuu.

Dacă la întreprinderile productive s-a reuşit, în general, a se cunoaşte cauzele morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, ceea ce a permis luarea măsurilor adecvate pe linie tehnică, socială sau sanitară, nu se poate afirma acelaşi lucru despre morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă din instituţiile sanitare.

Pînă în prezent s-au publicat relativ puţine articole privind morbiditatea din întreprinderile productive şi aproape de loc în ceea ce priveşte morbiditatea din instituţiile sanitare.

În lucrarea de faţă ne-am propus să facem unele consideraţiii asupra incapacităţii temporare de muncă la Spitalul unificat Baia-Mare pe anii 1954—1955. Ne-am folosit de certificatele de concediu medical şi de fişe speciale în care am consemnat prin anumite coduri: identitatea, profesia, locul de muncă şi vechimea în spital a salariaţilor care au avut concediu medical.

În cadrul Spitalului unificat Baia-Mare sînt cuprinşi, din punct de vedere administrativ, financiar şi sindical, pe lîngă salariaţii propriu-zis ai spitalului, şi muncitorii sanitari din cadrul întreprinderilor cu sau fără medic, precum şi cei din colectivităţile de copii.

Pînă la apariţia ordinului Ministerului Sănătăţii nr. 115/1956, spitalul a asigurat asistenţa salariaţilor săi bolnavi prin medicul de gardă al policlinicii de adulţi. Acest medic avea de examinat, pe lîngă un extrateritoriu numeros, şi salariaţii spitalului pentru care nu era nici retribuit, nici îndrumat sau controlat. Nu existau evidenţe primare în care să se înregistreze bolnavii problemă, cei suferinzi de afecţiuni cronice, nu se făcea dispensarizare, de asemenea nu se ţinea evidenţa celor propuşi pentru cură balneară, nu se cunoştea morbiditatea în Spitalul din Baia-Mare.

Cunoaştem principala deficienţă a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă: faptul că ea studiază „concediul nou" şi nu omul bolnav, în acest fel necunoscîndu-se morbiditatea generală, deci frecvenţa noilor îmbolnăviri. În consecinţă, am început din 1956 să centralizăm aparte fişele individuale de consultaţie ale salariaţilor sanitari, pentru

Tabelul 1

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă pe anii 1954—1955

Cod	Cauze de îmbolnăvire	Anul 1954		Anul 1955		Creşterea zilelor de concediu (în %)
		cazuri noi	zile de concediu	cazuri noi	zile de concediu	
x	1	2	3	4	5	6
	Total: . . .	212	4153	309	5090	22,5
1	Tuberculoză pulmonară .	4	186	11	634	240,8
2	Sifilis	—	—	—	—	—
3	Gripă	17	71	23	160	125,3
4	Angină (amigdalită) .	6	35	7	39	11,4
5	Boli infecţioase . . .	11	312	15	310	
6	Boli profesionale . .	—	—	—	—	—
7	Reumatism acut şi cronic	8	251	14	200	
8	Boli ale aparatului cardio-vascular . . .	8	272	17	415	52,5
9	Boli acute ale aparatului respirator . . .	5	33	20	132	300,0
10	Pneumonii	4	75	1	9	
11	Boli stomatologice . .	3	18	1	6	
12	Boala ulceroasă . . .	7	243	4	102	
13	Boli ale ficatului . . .	24	493	35	555	12,5
14	Afecţiuni acute gastro-intestinale	8	51	14	107	109,8
15	Afecţiuni ale organelor genitale feminine . .	39	499	32	573	14,8
16	Afecţiuni inflamatorii ale pielii	2	10	3	19	90,0
17	Nevralgii, nevrite . .	2	26	3	23	
18	Accidente în cîmpul muncii	2	31	2	17	
19	Accidente în afara cîmpului muncii	3	10	3	9	
20	Alte boli	59	1537	104	1780	15,8

	1954	1955
Total salariaţi . . .	393	409
din care femei . . .	286	295
Cazuri noi bărbaţi . .	49	58
Cazuri noi femei . .	163	251
Zile concediu bărbaţi .	982	1022
Zile concediu femei .	3171	4068
Indice frecvenţă . . .	53,9	78,6
Indice gravitate . . .	1056,7	1296,0
Indice durată	19,5	16,4

cunoaşterea morbidităţii generale pe 90 de cauze. Totuşi, arătăm că morbiditatea generală a muncitorilor sanitari nu va fi completă, întrucît, în majoritatea lor, îşi pun diagnosticul şi se tratează singuri sau recurg la alţii, prezentîndu-se la medicul personalului numai în cazul necesităţii concediului medical. Desigur că în acest fel nu se vor cu-

noaşte afecţiunile acute uşoare sau bolile cronice în faza lor incipientă, funcţională. De aici reiese necesitatea şi importanţa controlului periodic al salariaţilor sanitari, prin care s-ar putea depista bolnavii, deoarece, aşa cum am arătat, aceştia nu apelează obişnuit la consultaţiile medicului personalului.

In tabelul 1, care cuprinde morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă pe anii 1954 şi 1955, găsim unele puncte comune:

— Numărul salariaţilor este aproximativ egal, iar din aceştia 72% au fost femei.

— Peste 70% din cazurile noi de îmbolnăvire au apărut la femei.

— Lipsa de cazuri noi la codurile 2 (sifilis) şi 6 (infecţii şi intoxicaţii profesionale).

— Numărul minim de cazuri noi şi de zile de concediu la codurile 11 (boli stomatologice), 16 (afecţiuni inflamatorii ale pielii), 17 (nevralgii), 18 (accidente în cîmpul muncii) şi 19 (accidente în afara cîmpului muncii). Numărul redus de cazuri noi de la codurile 16, 18, 19 şi 6 nu poate fi însă atribuit activităţii de protecţia muncii, care putea să fie şi mai intensă.

— Codul 20 (alte boli şi cauze nespecificate) este încărcat prin însăşi structura defectuoasă a celor 20 de coduri ale morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

— Al doilea cod, codul 15 (afecţiuni ale organelor genitale feminine) a furnizat cele mai multe cazuri noi de concediu şi de zile de concediu, atît în 1954, cît şi în 1955.

Pe lîngă punctele comune se constată o agravare a morbidităţii în 1955.

Astfel:

— Numărul cazurilor noi de concediu a crescut cu 45,7%.

— Numărul zilelor de concediu medical a crescut în total cu 22,5%.

— Au crescut simţitor zilele de concediu medical la codurile: 1 (tuberculoză pulmonară), 3 (gripă), 8 (afecţiuni cardio-vasculare), 13 (afecţiuni ale ficatului şi căilor biliare), 15 (afecţiuni ale organelor genitale feminine) şi 20 (alte boli).

— Indicii s-au înrăutăţit şi ei; atît frecvenţa, cît şi gravitatea au crescut, iar durata medie, deşi a scăzut în 1955, este încă mare.

Dacă comparăm indicii morbidităţii de pe anul 1955 ai unei întreprinderi de transporturi din Baia-Mare cu acelaşi număr de salariaţi (punct de sănătate cu personal mediu) cu indicii morbidităţii din spital, observăm că ei sînt egali cu cei din 1954 şi mai mici decît ai spitalului pe 1955.

Intreprindere de transporturi

Salariaţi	400, din care 98 femei
Frecvenţa	87,5
Gravitate	1008
Durata	11,5

Deşi condiţiile de muncă din întreprinderea de transporturi sînt cu mult mai grele decît cele din spital, totuşi gravitatea, ca şi durata medie sînt mai mari la spital. Se desprinde concluzia că la Spitalul din Baia-

Mare, în ciuda unor condiţii de muncă mai uşoare, salariaţii fac boli mai grave şi de durată mai lungă.

Dacă am compara indicii morbidităţii spitalului cu cei ai întreprinderii Gh. Gheorghiu-Dej, cu un număr mult mai mare de salariaţi şi cu condiţii de muncă foarte grele, în mediu toxic, observăm că morbiditatea spitalului este şi în acest caz mai mare.

Întreprinderea Gh. Gheorghiu-Dej

Anul 1955	
Frecvenţa	97
Gravitatea	1214
Durata	12,4

Cele peste 5000 de zile de concediu medical din 1955 acordate muncitorilor sanitari înseamnă oprirea întregii activităţi a Spitalului din Baia-Mare pe timp de 12,5 zile. Să ne închipuim deci un oraş cu 35000 de locuitori fără nici un fel de asistenţă medicală pe timp de 12 zile.

Căutînd să adîncim aspectele morbidităţii din spital, ne-am folosit în continuare de fişele amintite la început, din prelucrarea lor reieşind următoarele:

1. Numărul salariaţilor care au avut concediu medical a crescut faţă de 1954 cu 30%.

Anul	Total bolnavi	Bărbaţi	Femei
1954	152	36	116
1955	199	40	159

Din cei 199 de bolnavi din 1955, un număr de 120 nu au avut concediu medical în anul 1954.

2. Grupînd bolnavii care au primit concediu medical după profesii, observăm că în 1955 a crescut simţitor proporţia de bolnavi din grupa personal de îngrijire şi gospodăresc şi mai puţin la grupa medici şi personal sanitar mediu (tabelul 2).

Din totalul bolnavilor, 15% au fost medici, 22% (1954) şi 31% (1955) personal de îngrijire şi gospodăresc, 52,6% (1954) şi 47,7% (1955), personal sanitar mediu.

Tot din tabelul 2 se remarcă faptul că procentul de creştere al zilelor de concediu în 1955 concordă cu creşterea cazurilor la grupa personalului de îngrijire şi la aceea a personalului sanitar mediu, care cuprind, de altfel, şi cei mai mulţi salariaţi sanitari.

Trebuie să se ţină seama că efectivul nu s-a mărit aproape de loc de la un an la altul, nici pe total şi nici pe vreuna din grupele profesionale.

3. Analiza bolnavilor după vechimea lor în spital rezultă din tabelul 3.

Reiese clar că proporţiile crescute de bolnavi din grupa 0—1 an se datoresc, fie lipsei examenului medical la angajare, fie unei examinări superficiale care a permis pătrunderea în rîndurile salariaţilor spitalului

Tabelul 2

Distribuția pe grupe profesionale a bolnavilor și a zilelor de concediu

Grupa profesională	1954				1955				% Creștere
	Efectiv	Bolnavi	%	Total zile	Efectiv	Bolnavi	%	Total zile	
x	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Total :	393	152	38,6	4153	409	199	48,6	5090	22,5
Medici	70	24	34,0	724	73	30	41,0	684	—
Farmaciști	7	2	28,5	15	7	1	14,2	40	166,6
Dentiști-stomatologi	7	6	85,7	277	6	5	83,3	127	—
Personal sanitar mediu	193	80	41,0	2326	201	95	47,2	2511	7,9
Personal administrativ	13	6	46,0	79	20	6	30,0	121	53,1
Personal de îngrijire	103	34	33,0	732	102	62	60,7	1607	119,5

Tabelul 3

Distribuția bolnavilor după vechimea în spital

Vechimea în spital	1954			1955		
	Efectiv	Bolnavi	% (2 : 1)	Efectiv	Bolnavi	% (col. 5 : 4)
x	1	2	3	4	5	6
TOTAL :	393	152	38,6	409	199	48,6
0—1 an	139	46	33,0	73	46	63,0
1—3 ani	155	53	34,1	172	74	43,0
3—5 ani	65	27	41,5	101	43	42,5
5—10 ani	20	18	90,0	46	25	54,3
Peste 10 ani	14	8	57,1	17	11	64,7

a unui număr oarecare de bolnavi cronici sau a unor persoane mai puțin sănătoase. Pentru grupele 1—3 ani, 3—5 ani, ca și pentru celelalte, presupunem că lipsa controlului periodic al tuturor salariaților, precum și lipsa dispensarizării pentru cei cu boli cronice au avut o influență hotărîtoare.

4. Am analizat și locurile de muncă de unde au provenit cei mai mulți bolnavi, însă nu am putut obține date concludente, întrucît diferitele secții ale spitalului, neavînd efective mari, oricît de puțini bolnavi ar fi fost în aceste secții, proporția lor față de efectivul mic al secțiilor apărea foarte ridicată.

Conducerea administrativă a spitalului și Comitetul de instituție nu s-au sezisat prea mult de morbiditatea salariaților sanitari, pe care de altfel nici n-o cunoșteau. Acești doi factori ar fi trebuit să studieze cauzele marii morbidități, care după părerea noastră se datoresc următoarelor:

— Nu s-a urmărit științific și sistematic morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă și fondul ei, morbiditatea generală.

— Comisia de asigurări sociale s-a întrunit foarte rar pentru a verifica certificatele de concediu medical și modul lor de eliberare.

S-au ținut foarte rar ședințe de analiza morbidității.

— Nu a fost urmărit activ modul cum se face angajarea salariaților; de asemenea, nu a fost sprijinită efectiv acțiunea de control periodic și nu s-a schițat măcar o dispensarizare a bolnavilor cronici, deși existau toate condițiile necesare.

— Nu s-au luat cele mai potrivite măsuri de protecția muncii la locul de muncă și de ameliorare a condițiilor de trai ale salariaților sanitari (lipsa de locuințe, de cantină, de mijloace de locomoție etc.).

Concluzii

1. Morbiditatea în unitățile spitalicești mari este ridicată și trebuie studiată și urmărită.

2. Incapacitatea temporară de muncă dăunează în mod deosebit activității dintr-un spital față de alte locuri de muncă, întrucît persoanele îmbolnăvite sînt în majoritate cadre de strictă specialitate, adeseori greu de înlocuit. De asemenea, întrucît în sectorul sanitar se poate cumula, este clar că înlocuirea unui bolnav cumulard cu alt cadru, și el cumulard, nu poate duce decît la o scădere a eficienței muncii acestuia din urmă.

3. Dat fiind că în instituțiile sanitare numărul femeilor este cu mult mai mare decît al bărbaților, trebuie să ținem seama, pe lîngă concediile de boală, și de concediile date pentru sarcină, lăuzie, îngrijirea copiilor bolnavi, care, împreună cu o morbiditate cu incapacitate temporară de muncă prea crescută, influențează bunul mers al muncii din spital.

4. Comparația dintre morbiditatea dintr-un spital și din unele întreprinderi productive a avut scopul de a scoate în evidență morbiditatea crescută din spitale și ar fi fost mult mai interesant să putem compara morbiditatea între două spitale, dar nu am avut material la dispoziție.

5. Pentru studierea și influențarea morbidității în sectorul sanitar trebuie aplicate toate metodele din întreprinderi (plan complex, examen la angajare, control periodic, dispensarizare, analiza lunară a morbidității etc.).

PROBLEME DE ISTORIA MEDICINEI ŞI OCROTIRII SANATĂŢII

*Despre asistenţa oferită de dispensarele asigurărilor sociale între cele două războaie mondiale**

Dr. G. Brătescu

Legea asigurărilor sociale din 1912 a constituit o cucerire însemnată a proletariatului din ţara noastră. Muncitorimea avea însă să ducă de-a lungul anilor o luptă susţinută pentru a impune respectarea şi lărgirea drepturilor înscrise în lege, căci eficienţa deservirii medicale organizate de Casa centrală a asigurărilor a depins în cea mai mare măsură de energia cu care clasa muncitoare a purtat această luptă.

Fiindcă numărul spitalelor proprii ale asigurărilor era infim, în activitatea medicală a acestei instituţii accentul a fost pus pe asistenţa ambulatorie. Casa centrală a dovedit o anumită preocupare pentru înmulţirea dispensarelor, ajungîndu-se în 1940 la cifra maximă de 336 de unităţi pe întreaga ţară. Din nenorocire, toată atenţia fiind îndreptată către aspectul cantitativ, a fost neglijat aproape cu desăvîrşire modul de funcţionare a dispensarelor.

Nemulţumirea asiguraţilor începea de la problemele de orar. Gazeta democrată „Facla" relata că „Muncitorii şi muncitoarele găsesc, cînd nici nu se aşteaptă, uşile zăvorîte" la dispensarele asigurărilor sociale. Sărbătorile nenumărate, „punţile" între sărbători erau respectate cu stricteţe de birocraţia Casei centrale, în timp ce întreprinderile industriale lucrau din plin [1].

Cît despre localurile dispensarelor şi amenajarea lor, mai că nu se întîlneşte nicăieri un cuvînt de bine. „Într-o chichineaţă în care abia încap 10—15 oameni şi căreia i se spune sală de aşteptare, sînt siliţi să se înghesuie pentru o chinină sau un pumnişor de floare de tei cam 50 de inşi", scria în 1934 un ziar muncitoresc despre dispensarul din cartierul Lemaître [2].

Într-un memoriu al muncitorilor din alimentaţie se protesta împotriva faptului că uneori „se pierd cîte trei-patru zile pînă ce se obţine o consultaţie" [3]. Aceeaşi, dacă nu şi mai rea era situaţia în provincie.

---

* Din lucrarea în curs de apariţie „Istoria ocrotirii sănătăţii muncitorilor din ţara noastră", elaborată la Centrul de organizare sanitară şi istoria medicinei.

[1] *Facla* nr. 2 021 din 20 oct. 1937.

[2] *Cuvînt nou*, nr. 8 din 3 nov. 1934.

[3] *Federaţia*, nr. 1 din 15 martie 1926.

„Din inspecţiile făcute, am constatat că este o ruşine halul în care funcţionează oficiile", declara un membru al adunării generale a Casei centrale [1]. În 1936, însuşi preşedintele Casei de asigurări Bacău semnala că în dispensarul local „o singură cameră este pusă la dispoziţia medicilor; în ea, cei şase medici consultă pînă la 350 asiguraţi pe zi. Bolnavii sînt siliţi să aştepte într-o săliţă îngustă, în care vara mai ales, te sufoci din cauza lipsei de ventilaţie" [2].

Medicii veneau cu întîrziere la consultaţii şi adesea nu se mai prezentau de loc. Ziarul ieşean „Ecoul" a publicat protestul unui grup de asiguraţi care au aşteptat zadarnic la dispensar în ziua de 30 iunie 1934 pe medicul de serviciu, care măcar nu s-a îngrijit să trimită un înlocuitor [3]. Iată cum relata un grup de consilieri ai Camerei de muncă cele constatate în cursul unei vizite la Casa medicală centrală „Albert Thomas" din Bucureşti, principala unitate policlinică a asigurărilor: „În curtea mare a casei medicale, nici o bancă, nici un scaun. Întinşi sau aşezaţi pe pămîntul gol, mulţi asiguraţi aşteptau... Aşteptau sosirea medicilor, care uitau să sosească... Pe la orele 4 încep să sosească doctorii, care trebuiau să sosească la ora 3. În medie sînt 30—40 bolnavi de fiecare serviciu. În 40 minute i-au dat gata pe toţi" [4]. Această expeditivitate reprezenta însă un „principiu" general al medicinei asigurărilor.

„Medicii Casei centrale — observa o cunoscută revistă de specialitate — sînt mizerabil plătiţi şi din această cauză sînt angajaţi să dea numai o oră de consultaţie pe zi. Numărul bolnavilor care solicită îngrijiri fiind foarte mare, medicul este pus în greaua situaţie de a examina amănunţit cinci-şase dintre ei şi a refuza restul, ceea ce nu ar fi uman, sau de a examina rapid pe toţi cei care se prezintă" [5]. De obicei, medicul opta pentru ultima alternativă şi aceasta, trebuie recunoscut, nu atît din spirit de „umanitate", cît de teama protestelor masei de bolnavi din sala de aşteptare.

Astfel stînd lucrurile, consultaţiile se transformau de cele mai multe ori într-o parodie. Bolnavii se succedau în goană prin faţa medicului, care, după ce le arunca o ochire, scria o reţetă tip sau elibera recomandaţia de concediu. Şeful serviciului medical al asigurărilor din Bucureşti nota într-un articol din 1940 că, în sistemul atunci în vigoare, de fiecare consultaţie revine o durată ce variază de la 1—1½ minute pînă la 6—7 minute, acest maxim nefiind atins decît „la anumite specialităţi puţin aglomerate". Explicaţia ar fi constat în lipsa de spaţiu la unele dispensare, în „peregrinările" anumitor asiguraţi de la un dispensar la altul, în repartizarea necorespunzătoare a dispensarelor [6] şi, mai cu seamă, în faptul că programul de consultaţii era limitat la două ore (din care me-

---

[1] *Buletinul oficial al asig. soc.*, nr. 2 din mai 1936, p. 148.
[2] *Revista muncii, sănătăţii şi ocrot. soc.*, nr. 11—12 din nov. — dec. 1936, p. 11.
[3] *Ecoul*, Iaşi, nr. 2 din 7 iulie 1934.
[4] *Facla*, nr. 762 din 15 august 1933.
[5] *Rominia medicală*, nr. 10 din oct. 1924, p. 14.
[6] Autorul articolului atrăgea atenţia că unele cartiere puternic industrializate şi cu o densă populaţie muncitorească erau lipsite de dispensare. Distribuţia neraţională a serviciilor de specialitate din cadrul dispensarelor făcea ca la dispensarul nr. 9 media duratei consultaţiilor de ginecologie să fie în 1940—1941 de 3½ minute, în timp ce la dispensarele nr. 4, 6 şi 10 de 8½ minute; în aceeaşi perioadă, la dispensarul nr. 6 consultaţiile dermato-venerice au durat fiecare 1 minut, iar la dispensarul nr. 8 cîte 6¾ minute (*C. Todea, Asig. soc. în Capitală*, Buc. 1941, p. 39).

dicii efectuau, de regulă, doar o oră şi jumătate). „In mod fatal — conchidea autorul — consultaţiile sînt scurte, de impresie, fără nici o continuitate, fără nici un control sau verificare a evoluţiei bolii" [1].

Una dintre cele mai grave deficienţe ale serviciului medical al asigurărilor, mai ales în centrele industriale cu un număr considerabil de muncitori, consta tocmai în imposibilitatea pentru medic de a individualiza tratamentele, de a urmări eficacitatea lor, de a le modifica în dependenţă de cursul pe care-l lua boala. Toate acestea presupun cunoaşterea bolnavului, realizarea unei anumite legături între pacient şi medic, stabilirea încrederii reciproce, ceea ce era, practic, cu neputinţă în condiţiile fluctuaţiei extreme a personalului medical şi în condiţiile peregrinării asiguraţilor din dispensar în dispensar. In localităţile cu mai multe dispensare, şansele ca bolnavul să ajungă în faţa medicului care l-a mai consultat anterior erau minime. Fără îndoială că situaţia aceasta desfiinţa orice responsabilitate a medicului pentru starea de sănătate a muncitorilor.

Multe dintre lipsurile deservirii oferite de către dispensarele asigurărilor se datorau faptului că la normarea posturilor de medici nu se avea în vedere numărul asiguraţilor sau volumul de consultaţii solicitate. In cursul exerciţiului 1936—1937, la Satu-Mare revenea un medic pentru 443 de asiguraţi, la Galaţi pentru 454, la Piteşti pentru 491, la Rădăuţi pentru 496, în timp ce o serie de centre industriale importante se găseau într-o situaţie cu mult mai defavorabilă: la Reşiţa reveneau 692 de asiguraţi de fiecare medic, la Cîmpina 710, la Bacău 801, la Ploieşti 895.

Ceva mai bine stăteau lucrurile în Bucureşti, unde erau 449 de asiguraţi pentru un medic [2].

In aprecierea acestor cifre trebuie să se ţină seama că unii medici deţineau posturi cu caracter mai mult administrativ, iar pe de altă parte, masa de solicitanţi ai dispensarelor nu se mărginea la asiguraţii propriu-zişi, acestora adăugîndu-li-se membrii de familie. De altfel, după cum se ştie, un post de medic la asigurări echivala cu două ore de serviciu pe zi, ceea ce reprezenta mai puţin de o treime din norma medicală de astăzi.

Disproporţii la fel de izbitoare se întîlnesc în ce priveşte media de consultaţii date de fiecare medic. In cursul exerciţiului 1937—1938, la Petroşani au revenit 11 972 de consultaţii de fiecare medic, la Ploieşti 8 225, la Iaşi 7392, la Deva 6 459, la Tîrgovişte 6 454, în timp ce la Sighişoara au revenit 2 279, la Cluj 2 383, la Alba-Iulia 2 525, la Dej 2 844 [3]. După cum se vede, şi în acest caz Valea Jiului ocupa poziţia cea mai puţin favorizată.

După 1933, Casa centrală a iniţiat construirea unor dispensare moderne în Capitală şi în cîteva oraşe reşedinţe ale principalelor case de asigurare. In prea mică măsură a contribuit însă aceasta la ameliorarea asistenţei medicale, căci noile localuri au căpătat în bună parte alte în-

[1] *Buletinul oficial al asig. soc.*, nr. 6 din sept. 1940, p. 426. Sistemul de două ore de consultaţii pe zi, adoptat de Casa centrală numai „din motive de economie", era prezentat cu făţărnicie asiguraţilor drept cel mai indicat din punct de vedere al randamentului medicului: „Un medic nu poate consulta continuu mai mult de două ore fără să obosească; deci, nu cere să fii consultat peste program: vei fi consultat de un om obosit" (*Dr. C. Popescu, Călăuza asiguratului*, Tîrgovişte, f. a., p. 8).

[2] *Buletinul oficial al asig. soc.*, nr. 4—5 din iulie—aug. 1937, p. 338—341.

[3] *Buletinul oficial al asig. soc.*, nr. 4—5 din iulie—aug. 1938, p. 388—395.

trebuinţări. O adresă a C.N.A.S. din martie 1943 insista ca inspectorii, personalul administrativ şi funcţionarii care locuiesc în dispensare să elibereze camerele pe care le ocupă, proiectîndu-se transformarea acestor unităţi în spitale-dispensare [1].

Spiritul în care asigurările înţelegeau să organizeze asistenţa medicală este perfect caracterizat de circulara din iunie 1941, prin care Casa centrală dădea curs „reclamaţiilor în legătură cu examenele medicale făcute patronilor în prezenţa ucenicilor şi lucrătorilor". Conducerea asigurărilor atrăgea atenţia că „personalul medical este obligat să fie atent cu toţi bolnavii, deci cu atît mai mult (!) faţă cu asiguraţii patroni", şi recomanda caselor de asigurări să organizeze consultaţii separate pentru patroni [2]. Iată cum principiul deservirii preferenţiale a patronilor, care pînă atunci reprezentase un fel de „lege naturală", a căpătat caracterul unei obligaţii consemnate în regulamentele şi instrucţiunile instituţiei.

Cu toate lipsurile şi păcatele dispensarelor, situaţia asiguraţilor din localităţile unde existau asemenea unităţi medicale putea fi socotită privilegiată. Pentru muncitorii din centrele în care nu funcţionau dispensare, Casa centrală recurgea la formule care totdeauna aveau aspectul unor expediente. La schelele petrolifere, la minele izolate, la întreprinderile forestiere, medicul asigurărilor apărea de obicei o dată pe săptămînă, pentru un ceas-două. De multe ori el scurta programul de consultaţii, „spre a nu pierde trenul de întoarcere" [3]. Un medic arăta în 1924 că cei o mie de salariaţi de la minele Şotînga, beneficiind doar de o asemenea vizită săptămînală, se vedeau siliţi să recurgă la „consultaţiile empiricilor" [4].

În Ardeal, casele cercuale dăduseră o extindere deosebită încheierii de angajamente cu medicii de plasă, în vederea acordării unei asistenţe „speciale" pentru asiguraţi. Raportul pe 1928 al inspectorului muncii din Cluj semnalează că s-au primit numeroase plîngeri împotriva acestor medici, „faţă de care nici nu se pot lua măsuri, chiar dacă ar fi vinovaţi, fiindcă nu pot fi înlocuiţi, neexistînd alţi medici în plasa respectivă" [5].

După 1918, sistemul consultaţiilor la domiciliul medicului a fost aproape complet lichidat în Vechiul Regat. El prezenta o serie de neajunsuri şi în primul rînd acela că medicul se simţea foarte adesea îndemnat să nu facă o prea strictă diferenţiere între clientela sa cu plată şi asiguraţi. Aceasta nu se referea numai la obişnuinţa unor medici de a folosi abuziv instrumentarul şi farmacia „de aparat" încredinţate de asigurări [6], ci, mai cu seamă la tentaţia de a obţine onorarii din partea bolnavului asigurat. Dacă în Vechiul Regat au fost acordate în 1934 doar 2,16% din consultaţii la domiciliul medicului, în Transilvania această formă de deservire constituia încă 18,34% din total [7].

---

[1] *Buletinul C.N.A.S.*, din ian.—martie 1943, p. 111.

[2] *Buletinul oficial al asig. soc.*, nr. 3 din iunie 1941, p. 326.

[3] *Democraţia*, nr. 11—12 din nov. — dec. 1930, p. 51.

[4] *I. Pleşa, Studiu economic, social şi sanitar al regiunii carbonifere Dimboviţa*, Turnu Măgurele, 1924, p. 30.

[5] *Inspecţia muncii în 1928 şi 1929*, vol. II, p. 94.

[6] O circulară din mai 1934 a Casei centrale indica anumite măsuri adoptate în vederea introducerii unei evidenţe mai stricte în ceea ce priveşte mînuirea medicamentelor depozitate la locuinţa medicilor asigurărilor. (*Buletinul muncii şi asig. soc.*, nr. 4—6 din aprilie—iunie 1934, p. 204).

[7] *Buletinul muncii şi asig. soc.*, nr. 1—4 din ian. — apr. 1935, p. 231.

În schimb, trebuie remarcat că, la aceeași dată, consultațiile la domiciliul bolnavului reprezentau în Ardeal 12,43% din total, în timp ce în Vechiul Regat numai 2,75%, fapt care pleda pentru superioritatea organizării medicale a asigurărilor transilvănene. Aceasta nu înseamnă că dincolo de munți, medicii caselor cercuale răspundeau cu promptitudine la chemările adresate de bolnavii netransportabili. Într-o scrisoare a muncitorilor din Petrila se arăta că, în caz de îmbolnăvire gravă a unui miner, „trebuie să fugă cineva la Petroșani, la domiciliul medicului... Domnul medic însă, dacă-i place, spune că nu poate să vină la Petrila, pentru că el nu poate să meargă decît o dată pe săptămînă, în ziua de joi înainte de masă. Astfel, trebuie să ne întoarcem la un medic privat, la care trebuie plătit de vizită 60 de lei și medicina deosebit, după cum e prețul ei" [1]. Problema chemărilor la domiciliu a constituit în permanență un punct nevralgic al medicinei vechilor asigurări. Nu rare erau cazurile de felul celui relatat de „Socialismul", cînd medicul, care era gata să pornească spre locuința bolnavului, aflînd că este vorba de un muncitor asigurat își dezbrăca paltonul și amîna vizita pe „mai tîrziu" [2].

Abia după eliberarea patriei noastre a fost cu putință îmbunătățirea radicală a organizării deservirii medicale a muncitorimii. Trecerea asigurărilor sociale sub conducerea nemijlocită a salariaților a reprezentat una din premisele înfăptuirii sistemului socialist de ocrotire a sănătății muncitorilor.

Articol intrat în redacție în august 1956.

Se împlinesc 200 de ani de la înființarea Spitalului central din Iași (Spitalul Sf. Spiridon), una dintre cele mai vechi instituții medicale din țara noastră și care în decurs de două veacuri a fost forul îndrumător al majorității spitalelor din Moldova.

Cu prilejul acestei aniversări publicăm aci studiul tov. conf. P. Pruteanu despre personalul acestei instituții; în numerele următoare vom mai publica și alte studii cu privire la istoricul acestei instituții.

Redacția revistei

Cercetări cu privire la personalul medical al Spitalului central din Iași de la fondarea lui pînă la Regulamentul organic

Conf. **P. Pruteanu**

Foarte rare și incomplete sînt informațiile pe care le găsim publicate privitor la primii doctori, chirurgi și ipodoctori ai Spitalului central (Sf. Spiridon) din Iași. Cercetările noastre arhivistice ne permit să aducem unele precizări asupra personalului medical al spitalului, de la fondarea lui și pînă la Regulamentul organic, și mai cu seamă pe perioada 1770—1823. În ceea ce privește perioada dinainte de 1770, nu posedăm decît cîteva știri.

---

[1] *Tribuna socialistă*, Cluj, nr. 6 din 12 martie 1922.
[2] *Socialismul*, nr. 7 din 12 ian. 1920.

În hrisovul lui Ion Theodor Calimah Vv, din 22 decembrie 1759, se pomeneşte despre un personal medical al spitalului. De la înfiinţarea spitalului (sau mai exact, de la hrisovul lui Const. Cehan Racoviţă, de înfiinţare a spitalului, din 1 Ghenar 1757) este primul document oficial în care se vorbeşte despre personalul medical al spitalului. În acel hrisov se spune că veniturile hărăzite spitalului sînt destinate „pentru trebuinţa bolniţei.. cum şi pentru plata doftorului şi a spiţărului şi a gerahului“ [1].

Acelaşi hrisov mai cuprinde o importantă dispoziţie: neamestecul doctorului curţii domneşti (a arhiatrului) în treburile spitalului. E posibil ca spitalul să fi avut atunci un doctor, gerah şi spiţer, de vreme ce hrisovul precizează că veniturile stabilite trebuie să folosească şi la plata lefurilor lor. Nu avem însă nici o informaţie asupra unui asemenea personal.

În hrisovul lui Al. Ghica Vv, din 13 iunie 1765, aflăm date mai precise asupra personalului medical, asupra lefurilor şi asupra atribuţiilor acestora. Personalul medical al spitalului consta din: *doftorul cel mare* (arhiatrul), cu o leafă de 50 lei pe lună, avînd sarcina de a supraveghea îndeplinirea îndatoririlor doctorului, gerahului, spiţerului şi celorlalţi slujbaşi ai spitalului. Contrar deci hrisovul lui I. T. Calimah (1759), acesta dă arhiatrului un rol de supraveghere şi control al personalului spitalului. *Doftorul spitalului,* cu o leafă de 70 lei lunar, avea obligaţia să se ducă de două ori pe zi la spital pentru a vizita bolnavii.

Gerahul. cu o leafă de 50 lei lunar, era subordonat doctorului.

Ajutorul de gerah (sau „al doilea gerah“ sau „giovanu“), cu o leafă de 20 lei lunar, trebuia să execute ordinele primului gerah şi să fie totdeauna nelipsit de la spital.

Spiţerul spitalului avea o leafă de 25 lei lunar. Spre deosebire de restul personalului, spiţerul este desemnat pe numele lui: „rînduitul spiţer al spitalului, anume Andonie Faerman“. Acesta s-a legat cu act scris să servească spitalul pe toată viaţa lui, punînd la dispoziţie spiţeria făcută de el, cu cheltuiala lui, care după moartea lui urma să revină spitalului; în schimb, numai el să furnizeze spitalului doftoriile pentru bolnavi, care urmau să fie socotite şi să-i fie plătite la fiecare lună.

Printr-o dispoziţie a aceluiaşi hrisov, spiţerul era obligat „a ţine şi o calfă în spiţerie“, care să fie instruită şi la nevoie să-i ţină locul.

Spiţerul Andonie Faerman a funcţionat deci la spital cel mai tîrziu începînd din 1765. Este de presupus că spitalul avea atunci şi doctor sau gerah. Nu avem însă ştiri despre vreun alt doctor înaintea lui *Drăcachi,* despre care aflăm în sama pe anul 1771 şi de unde se poate deduce, cum vom vedea mai încolo, că ar fi funcţionat ca doftor al spitalului începînd cu cîţiva ani mai înainte [2]. În lipsa altor date, sîntem obligaţi a considera pe doctorul *Drăcachi* ca pe primul doctor al spitalului, pe şatrarul *Gioan* ca pe primul gerah al spitalului şi pe Andonie Faerman ca pe primul spiţer al spitalului.

Data intrării în funcţiune, ca medic al spitalului, a lui Drăcachi, o considerăm a fi, cel mai tîrziu, noiembrie 1769; a gerahului Gioan: 1 martie 1772 şi a spiţerului A. Faerman, cel mai tîrziu 1765.

Începînd din 1771 avem date mai certe şi mai complete asupra per-

---

[1] Chirurgul.

[2] În sama de cheltuieli ale Epitropiei Sf. Spiridon pe anul 1771.

sonalului medical al spitalului. Dăm mai jos listele acestui personal [1], pe ani, insistînd mai mult asupra doctorilor, hirurgilor şi ipohirurgilor şi menţionînd doar din cînd în cînd restul personalului (de îngrijire, administrativ şi de serviciu).

Anul 1771. „Doftorul Drăcachi", cîte 70 lei pe lună.

„Spiţerul" (nu se specifică numele), cîte 35 lei pe lună, începînd din luna mai [2].

Pe anul 1772, personalul medical al spitalului era format din: *„Doftorul Drăcachi"* (70 lei lunar), *„Hristodul Spiţer"* (30 lei lunar), „tij lui *Milflic"* (20 lei lunar; era un ajutor de spiţer sau un alt spiţer?): *„Slugile din spiţerie", „Spiţeriul de la ocna", Şatrarul Gioan* (30 lei lunar, apoi 40).

1773: „Doftorul Drăcachi" (70 lei lunar), *„Şătrarul Gioan"* (40 lei lunar), „Neculai sluga ce au păzit spiţăria".

1774: Doftorul Drăcachi (70 lei lunar), *Doftorul Fotachi* (50 lei lunar), *Şătrarul Gioan* (20 lei lunar), Gerahul de la ocnă.

Începînd deci din acest an, întîlnim la spital doi doftori, din care unul este efectiv medicul spitalului (doftorul Drăcachi) iar celălalt (doftorul Fotachi) este medicul curţii.

1775: Doftorul Drăcachi (70 lei lunar), *Doftorul Fotachi* (50 lei lunar), *Doftorul Ianacachi* (30 lei lunar) (pe două luni, aprilie — mai „şi au murit"), *Doftorul Pandeli* (40 lei lunar), *Constandin gerah* (20 lei lunar), *Andronachi gerah* (50, apoi 60 lei lunar), *„Gerahul Neamţul"* (20 lei lunar). Pe acest an vedem că personalul medical se măreşte. La sfîrşitul anului, începînd din octombrie, apare „Gerahul Neamţul". E foarte probabil vorba de Herleţ, deoarece la cheltuielile pe anul 1778 figurează: *Gerahul Herleţ Niamţu.*

Tot pe acest an mai figurează: „8 lei lui *Constandin* ce doftoriile, pe luna Mai". Aceeaşi cheltuială reapare şi în lunile următoare. Pe lunile noiembrie şi decembrie, în locul lui Constandin apare, cu aceeaşi leafă, *„Luchi* ce dă doftorii". In acest an se mai găseşte o sumă de 15 lei ce „s-au dat unei femei pentru un om orbu apucîndusă să-l tămăduiasc". Deci, spitalul, în lipsa unui oculist, plătea onorariu unei femei care se pricepea să trateze orbii.

1776: Doftorul Drăcachi (70 lei lunar), *Doftorul Fotachi* (50 lei lunar), pe opt luni: ianuarie — august „şi de aicea nu i s-a mai dat"; *Doftorul Pandeli* (40 lei lunar), *Doftorul Luchi,* idem; *Constandin gerah* (20 lei lunar), *Gerahul Neamţu* (idem), *Andronachi gerah* (15 lei lunar), pe 10 luni: ianuarie — octombrie „şi s-au dus"; Gerahul de la ocnă şi *Costi Caloiatro* (10 lei lunar).

1777: Doftorul Luchi (50 lei lunar), *Doftorul Pandeli* (idem), *Doftorul Herleţ* (50 lei lunar), *Gerahul Constandin* (20 lei lunar) pe opt luni: ianuarie — august, iar pe următoarele patru luni: *Gerahul Locman* „lipsind Constandin", cu aceeaşi leafă; *Ghiorghie ipohirurgos* (10 lei lunar), *Anton ipohirurgos* (idem), *Iordachi ipohirurgos* (idem), Gerahul de la ocnă.

---

[1] După sămile de venituri şi cheltuieli ale Epitropiei Sf. Spiridon.

[2] După informaţia din cartea lui Orraeus se deduce că Andonie Faerman a murit în 1769. Totuşi, în sama de venituri pe 1771 este trecut: „100 lei milă în Anton spiţăritul". De alt Anton decît Andonie Faerman nu pare probabil să fie vorba. Pe de altă parte, suma e trecută la venituri.

Tot pe acest an, la capitolul de cheltuieli: „plata doftoriilor bolnavilor de la spital" sînt trecute de data aceasta numele celor ce au primit sumele: *Fotachi* (pe lunile ian. — iulie) şi 15 zile din august cu sume variind între 184 şi 267 lei, iar pe lunile 15 aug. — 31 dec., *Luchi,* cu sume variind între 146 şi 253 lei lunar.

Remarcăm deci că din acest an doftorul Drăcachi nu mai figurează printre medicii spitalului.

1778: *Doftorul Luchi* (50 lei lunar), *Doftorul Pandeli* pe primele 4 luni şi *Doftorul Iordachi* pe ultimele 8 luni (ambii cîte 50 lei lunar), *Gerahul Herleţ Niamţu* (30 lei lunar), *Costachi gerah, Gerahul Lokman* (20 lei lunar la început, apoi 25), *gerahul Bartolici*[1] (50 lei lunar), *ipohirurgos Anton* (10 lei lunar), gerahul de la ocnă. La acelaşi capitol, al lefilor doftorilor şi gerahilor, mai figurează sumele plătite epistatului, lui Iordachi şi lui Gioan „asupra datului doftorilor".

1779[2]*: Doftorul Luchi* (50 lei lunar), *„Iordachi gerah,* omul gestii" (idem), *gerahul Bartolog* (idem), *gerahul Costache* (25 lei lunar), *gerahul Lokman* (idem), *ipohirurgos Antonachi* (10 lei lunar), *Coste Caloiatro* (idem).

1780: Doftorul Coste (august — decembrie cîte 130 lei lunar), *gerahul Bartalog* (50 lei lunar), *gerahul Costachi* (25 lei lunar), *gerahul Lokman* (idem), *gerahul Herleţ* (idem), *ipohirurgos Andoni* (10 lei lunar), *Costi Caloiatros* (idem)[3].

1781: Doftorul Costi (130 lei lunar), *Doftorul Bartalog* (100 lei lunar), *Coste gerahul* (25 lei lunar), *Herleţ gerahul* (idem) *Lokman gerahul* (idem), *Andronachi ipohirurgos* (10 lei lunar).

1782: Doftorul Coste (130 lei lunar), *Doftorul Benuveni*[4] (150 lei lunar), *Costache gerah* (25 lei lunar), *Bartalog gerah* (idem), *Herleţ gerah* (idem), *Lokman gerah* (idem), *Andronachi ipohirurgos* (idem), doftorul ocnii.

1783: Doftorul Benuveni (50 lei lunar), *Doftorul Deluţi* (120 lei lunar), *Herleţ gerah* (25 lei lunar), *Lokman gerah* (idem), *Andronachi ipohirurgos* (10 lei).

1784: Acelaşi personal medical cu aceleaşi lefuri, toţi pe întreg anul. Acelaşi personal administrativ şi de îngrijire.

1785: Delugi Doftorul (120 lei), *Anghel Doftorul* (80 lei), *Herleţ gerahul* (40 lei), *Lokman gerahul* (30 lei, pe primele trei luni), *Andronachi ipohirurgos* (10 lei)[5].

1786: Anghel doftorul (80 lei), *Herleţ gerah* (40 lei), *Felcer ipohirurgos* (8 apoi 15 lei), doftorul ocnii.

1787: Acelaşi personal medical, cu aceleaşi lefuri.

---

[1] În anii următori: Bartalog sau Bartalov.

[2] La acelaşi capitol al „lefilor doftorilor şi a gerahilor" mai figurează: „130 lei epistatul asupra doftoriilor", „30 lei *Iordachi ipohirurgos* pe 3 luni ce au slujit la spital în epitropie dum. pah. Niculai Balş", 25 lei Anton Caramanalău pentru tămăduirea lui fiind *bolnav la ochi,* „1500 lei pentru cumpăratul spiţării cu doftorii şi cu toate avadanlăcurile.

[3] Mai găsim tot pe anul 1780: 153 lei epistatului asupra doftoriilor.

[4] Mai încolo mai găsim, printre alte diferite cheltuieli: „28 lei 90 bani sau dat lui *Savin gerah* pentru un bolnav ce sau apucat cu zapisul său săl tămăduiască...".

[5] În ţară, pe lîngă „doftorul ocnii", mai apare „doftorul de la Botoşani pentru căutarea bolnavilor streini".

Mai întîlnim în acest an alt medic, doctorul *Filadelfi,* căruia i s-au dat 200 lei probabil pentru gărzi.

1788: La sama anului 1788 lipsesc cheltuielile pentru plata doftorilor, gerahilor etc.

1789: Doftorul Stain (100 lei lunar), *Herleț gerahu* (40 lei), *Solai epistatu* (15 lei).

1790: Stain doftorul (100 lei), *Anghel doftorul* (80 lei), *Herleț gerah* (55 lei) și *Solai ipohirurgos* (20 lei).

1791: Anghel doftor (100 lei), *Herleț gerah* (55 lei), *Solai ipohirurgos* (20 lei). Restul personalului administrativ și de îngrijire același.

1792: (1 Ghenar — 1 Oct). *Doftor Anghel* (130 lei).

1794: (1 oct. 1793 — 1 mai 1795). *Gerahul Anghel, Sclai* cpt. (30 lei), doftorul ocnii.

1795—1796: (1 mai 1795 — 30 oct. 1796): *Doftorul Anghel* (100 lei), *Doftorul al doile* (?), (30), doftorul ot ocnă.

1797: (1 noiembrie 1796 — 30 noiembrie 1797): *Doftorul Anghel* (100 lei), *gerahul* (?) (30 lei și apoi 40 lei), doftorul de la ocnă. Restul personalului administrativ și de îngrijire același.

1799: (1 dec. 1798 — 2 dec. 1799): *Doftorul Anghel* (100 lei), *hirurgul* (?) (50 lei), *Luca ipohirurgos* (40 lei).

1800 (1 dec. 1799 — 1 martie 1801). *Doftorul Anghel* (100 lei), gerahul (?) (50 și apoi 70), *ipohirurgos* (?) (40 lei).

1801 (1 martie 1801 — 1 martie 1802). *Doftorul Anghel* (100 lei), *gerahul Goțibing* (?) (80 lei), ipohirurgul Pavel (55 lei).

1802: (1 martie 1802 — 1 martie 1803) *Doftorul Anghel* (100 lei), *gerahul* (?) (100 lei), ipohirurgul (?) (65 lei).

1803: Doftorul (?) (100 lei), *gerahul* (?) (100 lei), *ipohirurgul* (?) (65 lei).

1804: (1 martie 1804 — 1 martie 1805). Același personal medical, cu aceleași lefuri.

1805: (1 martie 1805 — 1 martie 1806). Același personal medical, cu aceleași lefuri.

1806: (1 martie 1806 — 1 martie 1807). Același personal medical, cu aceleași lefuri.

1807: (1 martie 1807 — 1 martie 1808) *Doftorul Anastasă* (100 lei), *Gerahul Viola* (100 lei), *ipohirurgul Pavel* (80 lei).

1808: (1 martie 1808 — 1 martie 1809) *Doftorul Anastasă* (100 lei apoi 105 lei), *Doftorul Meț* (105 lei), *gerahul Viola* (100 lei), *ipohirurgul Pavel* (80 lei).

1809: Același personal medical, cu aceleași lefuri.

1810: (1 martie 1810 — 1 martie 1811). Același personal.

1811: (1 martie 1811 — 1 martie 1812) *Doftorul Anastasă* (105 lei), *Doftorul Samurcaș* (100 lei), *gerahul Viola* (100 lei), *ipohirurgul Pavel* (80 lei), *paharnicul Aleco* „ce slujăște la spital" (40 lei).

1812: Același personal.

1813: (1 martie 1813 — 1 martie 1814). Același personal medical, dar în locul pah. Alecu figurează acum „băet ce slujăște la spital" (40 lei lunar).

1814: Același personal medical.

1815: Doftorul Anastasă (100 lei), *Doftorul Romanțai* (100 lei), *gerahul Viola* (100 lei), *ipohirurgul Pavel* (100 lei), *Samurcaș* (40 lei), „băet ce slujăște la spital" (40 lei).

1816: Același personal medical.

1817: (1 martie 1817 — 1 martie 1818). Același personal.

1818: (1 martie 1818 — 1 martie 1819) *Doftorul Nastasă* (100 lei), *Doftorul Romanțai* (100 lei), *gerahul Viola* (100 lei), *ipohirurgul Filip* (100 lei), *„Vasilachi* ce slujește la spital" (40 lei).

1819—1821: Același personal.

1822: (1 martie 1822 — 1 martie 1823) *Doftorul Viola* (300 lei), *ipohirurgul Filip* (120 lei), *Vasălachi* (60 lei), *spițerul Alexandru* (de la 1 dec. 1822, 100 lei lunar).

1823: (1 martie 1823 — 1 sept. 1823) *Doftor Anastasă, Doftor Viola, Doftor Filip, Vasilache* și *spițărul Alexandru.* Restul personalului administrativ și de îngrijire, același.

Sămile de venituri și cheltuieli ale epitropiei spitalului se opresc aici. Din 1823 pînă la Regulamentul organic nu mai găsim decît foarte rare informații privitoare la Spitalul central și la personalul său medical.

Știm că în anul 1824 funcționa la spital un doctor (?) *Anastase Zimo,* un grec din Tesalonic, venit prin 1798 în Moldova și care locuia în spital [1].

Mai știm de un doctor *Fornete,* care a funcționat în 1831, fără a putea preciza de cînd anume; a murit în iunie 1831 [2].

După cum se vede personalul medical al spitalului a variat sensibil în decursul anilor cercetați.

La început (1771) funcționau doar un doftor și un spițer.

Începînd din 1772 figurează și un gerah și încă un doftor, doftorul curții. In 1776 — 1786, personalul medical e mult mai numeros, și anume: 1—2 doftori, 3—4 gerahi și 1—3 ipohirurgi. Din 1786 pînă în 1808 (cu rare excepții) avem doar trei cadre medicale: doftor, gerah și ipohirurg. Începînd din 1808 avem doi doftori, 1 gerah și 1—2 ipohirurgi.

In ultimii doi ani (1822 — 1823) reapare spițerul.

Din documentele cercetate rezultă personalul medical care a servit la Spitalul central de la fondarea lui pînă la Regulamentul organic. Am păstrat denumirile sub care apar în documentele din acel timp; pentru unii doftori, gerahi și ipohirurgi, numele sub care apar în sămi și alte documente sînt doar pronumele lor. In notele biografice pe care le vom schița cu alt prilej vom aduce toate lămuririle pe care le-am putut găsi privitor la cei menționați în lista de mai sus. Istoriografia noastră medicală n-a înregistrat decît cîțiva din toți cei 45 doftori, gerahi și ipohirurgi care au funcționat la Spitalul central în perioada de la fondare pînă în 1823. Noi am împărțit personalul medical în trei grupe: doftori, gerahi și ipohirurgi, după cum sînt desemnați în documente. Această împărțire nu trebuie luată cu toată rigurozitatea. In afară de Samurcaș, Metz și Romanțai, nici unul din toți ceilalți 16 doftori menționați nu a fost probabil doctor în medicină, iar despre unii e discutabil dacă au avut măcar vreo diplomă academică. Cît despre gerahi și ipohirurgi, despărțirea între aceste două profesii este încă și mai discutabilă.

---

[1] Arh. Stat. Iași, Tr. 166, op. 184.

[2] Arh. Stat. Iași, Tr. 1884, dos. 62.

ÎN ATENȚIA AUTORILOR

În vederea îmbunătățirii muncii redacționale, pentru a se putea tipări revista la timp și în condiții tehnice cît mai bune, se recomandă autorilor ca la întocmirea articolelor să țină seama de următoarele indicații:

1. Articolele vor fi scrise la mașină pe o singură față, la două rînduri, cu o margine lată de 4 cm în stînga textului. Articolele se vor trimite în dublu exemplar, din care unul va fi în mod obligatoriu originalul, și vor fi scrise cu noua ortografie a R.P.R. Nu se admit articole scrise pe foiță sau avînd ștersături ori modificări în text. Articolele se trimit la adresa: Societatea științelor medicale, str. Progresului nr. 8, Raionul „Gheorghe Gheorghiu-Dej", București.

Pe prima pagină se vor menționa:

a) titlul articolului;

b) pronumele și numele autorului;

c) denumirea instituției în care s-a făcut lucrarea;

d) dacă lucrarea a fost comunicată la S.S.M. se vor menționa filiala, secția și data comunicării.

2. Articolele vor purta în mod obligatoriu semnătura autorului (la sfîrșit, scrisă citeț) și adresa lui exactă, pentru a se putea trimite eventualele observații, precum și retribuția corespunzătoare.

3. Articolele nu vor depăși:

a) 4 pagini dactilografiate pentru recenzii, cronici, dări de seamă, note;

b) 6 pagini dactilografiate pentru probleme de tehnică și inovații;

c) 8 pagini dactilografiate pentru probleme de organizare, schimb de experiență,

d) 10 pagini dactilografiate pentru lucrări originale, cercetări experimentale;

e) 18 pagini dactilografiate pentru referate generale;

f) 4 pagini dactilografiate pentru fapte clinice.

4. Expunerea trebuie să fie clară și concisă, fără cuvinte și fraze inutile.

Se recomandă autorilor următorul plan: definiție și delimitarea subiectului, expunerea tehnicienilor și a rezultatelor; discuții; concluzii și rezumate; *referințe bibliografice.*

Se recomandă utilizarea cifrelor relative (procentuale) și nu a celor absolute.

5. Articolele trebuie minuțios controlate de către autori, întrucît corectura nu se trimite autorului. Se vor verifica:

a) cifrele totalurilor și procentele; se va controla dacă cifrele cuprinse în tabele corespund cu cele din text;

b) se vor da indicații cu privire la titluri și subtitluri;

c) expunerea cazurilor clinice; descrierea unei tehnici și în general părțile care nu sînt esențiale pentru argumentația lucrării vor fi însemnate pe marginea stîngă cu o linie verticală și cu mențiunea „literă mică";

d) tabelele vor fi numerotate cu cifre romane;

e) fotografiile, desenele, schițele, diagramele vor fi însemnate cu cifre arabe;

f) microfotografiile și desenele după microscop vor trebui să fie însoțite de indicația măririi;

g) se va arăta care desene, grafice, schițe etc. pot fi micșorate;

h) radiografiile vor fi însoțite de o schemă explicativă;

i) în cuprinsul textului se va menționa precis locul unde trebuie introdus tabelul sau desenul.

6. Tot materialul grafic (fotografii, desene, schițe, diagrame) trebuie să fie cît mai redus, limitîndu-se la strictul necesar. Fotografiile vor fi de contrast, desenele precis executate, iar schițele și diagramele făcute în tuș. Nu se primesc schițe sau desene colorate.

Pe versoul desenului sau fotografiei se scriu: titlul articolului, numele autorului, numărul de ordine, precum și mențiunea „sus" și „jos".

Materialele grafice vor fi însoțite de legendele figurilor respective, precum și de un borderou separat cuprinzînd toate legendele figurilor, semnat, în care se vor indica numerele și locul lor în manuscris. Materialul grafic și borderoul se pun într-un plic pe care se notează titlul articolului și numele autorului și se anexează la manuscris.

Figurile fără legendă sau fără indicații în text nu vor fi publicate.

7. Articolele originale vor fi însoțite de un rezumat care să nu depășească 10 rînduri dactilografiate; nu se vor publica rezumate mai mari. — Aceste rezumate urmează să fie traduse în limbile: engleză, franceză, germană și rusă.

8. Bibliografia va fi dată în ordine alfabetică și va cuprinde: — pentru cărți: autorul, titlul în limba originală (cu caractere latine), ediția, anul, editura;

— pentru reviste

a) numele autorului (numele, apoi pronumele sau inițiala);

b) titlul academic al autorului, dacă e menționat în articol (academician, profesor);

c) numele revistei, subliniat (în limba originală; în cazul celor sovietice, în transcriere fonetică);

d) luna (facultativ);

e) anul editării;

f) volumul;

g) numărul revistei;

h) pagina unde se găsește articolul.

Prescurtările titlurilor revistelor se vor face conform uzanțelor internaționale.

In bibliografie se vor include numai acele lucrări care se găsesc menționate în articol.

9. Nu se admit prescurtările în text, în afară de cele de uzuanță internațională.

10. Nu se acceptă lucrări care au mai fost tipărite sau trimise spre publicare altor reviste.

11. Pentru referatele din literatura străină se cer următoarele condiții:

a) să intereseze un număr cît mai mare de cititori;

b) să fi fost publicate într-o revistă care a apărut recent;

c) să fie prezentate în modul următor:

α titlul articolului referat, în limba romînă;

β autorul;

γ titlul revistei în limba de origine (în cauzul revistelor sovietice, în transcriere fonetică), numărul revistei, anul, luna, pagina;

δ referarea articolului respectiv în 15—45 de rînduri;

ε numele și pronumele (inițială) ale referentului (fără nici un titlu).

12. Articolele neacceptate pentru publicare nu se restituie autorului.

13. Redacția va răspunde în timp util autorilor despre acceptarea sau neacceptarea articolului, ori eventual despre necesitatea modificărilor lui.

EDITURA MEDICALĂ,
Str. Aristide Briand 7
Raionul „I. V. Stalin"

Societatea științelor medicale,
Str. Progresului nr. 8
Raionul „Gh. Gheorghiu-Dej"

I. P. 2, c. 3296

C — 8